

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Actitudes de los Estudiantes del 4to año hacia el
Internado, en la Escuela Académico Profesional de
Enfermería de la UNMSM, 2009.**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Catherine Giselle Raymundo Perea

ASESOR

Julia María Eugenia Lema Morales

Lima - Perú

2010

**ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DEL 4TO AÑO HACIA EL
INTERNADO, EN LA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA DE LA UNMSM, 2009.**

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada:

A Dios por ser mi protector y guía; fuente inagotable de fuerza y amor durante todos estos años de vida que me ha concedido.

A Sara y José Luis por ser padres maravillosos, que siempre están a mi lado, brindándome todo su cariño, comprensión; y a través de sus enseñanzas y valores me ha permitido alcanzar esta primera meta en mi vida.

A José Luis y Daniel, mis hermanos que lograron impulsarme para culminar el presente trabajo tan anhelado.

A Gilberto y Elma, mis abuelos, a mi tía Nora, por haberme dado ánimos para lograr terminar mi tesis.

A mis seres queridos que emprendieron un nuevo camino junto a Dios; siempre los llevaré en mi corazón y pensamientos.

A Juan Carlos, un gran amigo con quien he compartido diversos momentos muy importantes en mi vida, pero sobre todo, gracias a él conocí lo hermoso que es una verdadera amistad única.

A mis queridos amigos: Sara, Helí, Mónica, Jessica y a mis guerreros de la luz: Sonia, Roxana, Susana, Nataly, Rossana, Mery y Marcial, a quienes siempre los tendré muy presente.

A los docentes, a mi alma mater U.N.M.S.M. y a mi querida E.A.P. Enfermería, donde recibí una sólida formación no sólo basada en conocimientos sino también en lo humanístico.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento muy especial a mi asesora Lic. Julia Lema Morales, docente muy dedicada y comprometida con el estudiante durante todo el desarrollo del trabajo de investigación, un gran ejemplo a seguir; de quien aprendí y comprendí el significado y sentido que implica el desarrollar una investigación *“Lograr un cambio, transformar”*.

A los docentes que colaboraron en el desarrollo del presente trabajo de investigación:

Lic. Luisa Rivas Díaz: Directora de la E.A.P. Enfermería - U.N.M.S.M.

Lic. Marina Condezo Martel: Coordinadora General del Internado - U.N.M.S.M.

Lic. Luzmila Figueroa Ames: Docente del Departamento Académico de Enfermería - U.N.M.S.M.

Lic. Luis Vicuña Peri: Docente de la Facultad de Psicología - U.N.M.S.M.

Lic. Ivonne Bernui Leo: Docente del Departamento de Ciencias Dinámicas de la Facultad de Medicina- U.N.M.S.M.

Dr. Álvaro Wittembury Vlásica: Docente del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina - U.N.M.S.M.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Dedicatoria	ii
Resumen	iv
Abstract	v
Presentación	1
Capítulo I: Introducción	
A. Planteamiento del Problema.	4
B. Formulación del Problema.	7
C. Justificación	7
D. Objetivos	8
E. Propósito	10
F. Marco Teórico	10
F.1. Antecedentes	10
F.2. Base Teórica	16
I. La Actitud como Predictor del Comportamiento	16
1. La Formación y Desarrollo de las Actitudes	16
2. Definición de Actitud en función a sus tres componentes.	23
3. Características de las Actitudes	24
4. Relación entre Actitud y Comportamiento.	25
5. Medición de las Actitudes	31

II. El Internado como último periodo formativo del estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería.	37
1. Metodología de la enseñanza del Internado.	37
2. Competencias en el Interno según las Áreas del Internado.	39
3. Sistema de Evaluación en el Internado.	43
G. Definición operacional de términos.	45

Capítulo II: Material y Métodos

A. Tipo, Nivel y Método de Estudio.	47
B. Descripción del Área de Estudio.	48
C. Población Sujeto de Estudio	48
D. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	49
E. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos.	51
F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos.	54
G. Consideraciones Éticas.	55

Capítulo III: Resultados y Discusión

A. Datos Generales	56
B. Datos Específicos	57
B.1. Dirección e Intensidad de las actitudes hacia el Internado.	57
B.2. Perfil de las actitudes hacia el Internado.	60
B.3. Dirección e Intensidad de las actitudes según áreas del Internado.	67
B.4. Perfil de las actitudes hacia el Internado según áreas: Hospitalaria y Comunitaria.	71

B.5. Dirección e Intensidad de las Actitudes según práctica pre-profesional hospitalaria por los servicios de hospitalización y de emergencia.	82
B.6. Perfil de las actitudes hacia la práctica pre-profesional hospitalaria.	86
B.7. Dirección e Intensidad de las Actitudes según práctica pre-profesional comunitaria en el ámbito intramural y extramural.	95
B.8. Perfil de las actitudes hacia la práctica pre-profesional comunitaria	99
Capítulo IV: Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones	108
Referencias Bibliográficas	116
Bibliografía	119
Anexos	
Apéndice	

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO A	Instrumento.	I
ANEXO B	Validación del instrumento.	VII
ANEXO C	Confiabilidad del instrumento.	IX
ANEXO D	Matriz Tripartita.	XIV
ANEXO E	Cálculo para determinar de manera general el promedio de la actitud de cada reactivo del instrumento y el promedio de la actitud de cada sujeto.	XV
ANEXO F	Distribución, según grupo etáreo, de los Estudiantes del 4to año de la E.A.P Enfermería –UNMSM, 2009.	XXII
ANEXO G	Distribución, según sexo, de los Estudiantes del 4to año de la E.A.P Enfermería –UNMSM, 2009.	XXIII
ANEXO H	Distribución, según estado civil, de los Estudiantes del 4to año de la E.A.P Enfermería–UNMSM, 2009.	XXIV
ANEXO I	Operacionalización de la Variable.	XXV

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	Pág.
1 Perfil de las actitudes hacia el Internado, en los estudiantes del 4to año de la E.A.P. Enfermería - UNMSM., 2009.	60
2 Perfil de las actitudes hacia el Internado según áreas: hospitalaria y comunitaria en los estudiantes del 4to año de la E.A.P. Enfermería - UNMSM., 2009.	71
3 Perfil de las actitudes hacia la práctica pre-profesional hospitalaria por los servicios de hospitalización y emergencia, en los estudiantes del 4to año de la E.A.P. Enfermería - UNMSM., 2009.	86
4 Perfil de las actitudes hacia la práctica pre-profesional comunitaria en el ámbito: intramural y extramural en los estudiantes del 4to año de la E.A.P. Enfermería -UNMSM., 2009.	99

PRESENTACIÓN

El Plan de Estudios de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos se desarrolla en cinco años académicos, de los cuales, el último corresponde al Internado, que tiene una duración de un año calendario y está estructurado en dos áreas: la hospitalaria cuyas rotaciones son por los servicios de hospitalización y de emergencia, y la comunitaria con rotaciones en el ámbito intramural y extramural en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Ambas áreas tienen una duración de seis meses cada una.

Como último periodo de formación en el Internado se fortalece, profundiza, consolida los conocimientos, habilidades, destrezas de los estudiantes adquiridos durante los cuatro años de estudios que lo anteceden. Lo manifestado implica para el estudiante mayor responsabilidad, toma de decisiones, actuación con mayor independencia.

Esta situación genera en el estudiante sentimientos, emociones cuya positividad o negatividad, dependerá, en gran parte, del conocimiento que tenga sobre cómo se desarrolla el Internado, así como de la seguridad de sus conocimientos, habilidades, destrezas para desarrollar sus funciones.

Lo manifestado genera, en consecuencia, predisposición a acercarse, aceptar al Internado o a alejarse, rechazarlo como experiencia, es decir, esa predisposición se manifiesta como actitud.

En consecuencia, cabe preguntarse ¿cuál es la predisposición que el alumno del cuarto año tiene hacia el Internado, considerando su proximidad?, ¿se acercará, se alejará? Es por ello que el presente estudio aborda las actitudes de los estudiantes hacia el Internado, ya que las actitudes según Myers, 1995; “(...) son la reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conductas proyectadas”, es decir, según la definición las actitudes tienen tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo-conductual.

Si se conoce las actitudes de los estudiantes se puede predecir su comportamiento dado que la actitud es específica, a su vez es poderosa. Esto es relevante ya que se podrá direccionar y fortalecer las actitudes de los estudiantes hacia la aceptación del Internado, buscando una sólida formación basada en el alcance de las competencias del Programa de Enseñanza del Internado.

El estudio de investigación se titula “Actitudes de los estudiantes del 4to año hacia el Internado, en la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM, 2009”. Tiene como objetivos determinar las actitudes que tienen los estudiantes hacia el Internado, así como en el área hospitalaria y según la complejidad de su práctica pre-profesional en los servicios de hospitalización y emergencia, y en el área comunitaria y según ámbito de su práctica pre-profesional comunitaria en el ámbito: intramural y extramural. Igualmente fue objetivo el identificar los factores de evaluación, potencia, actividad y familiaridad que predominan en las

actitudes hacia el Internado, considerando a su vez, las áreas hospitalaria y comunitaria.

En su presentación física, el presente trabajo de investigación consta de:

Capítulo I: Introducción, en el cual se presenta el planteamiento, formulación y justificación del problema; objetivos, propósito, marco teórico, y la definición operacional de términos.

Capítulo II: Material y Métodos, en el que se expone el tipo, nivel y método de estudio, descripción del área de estudio, población sujeto de estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos, plan de recolección, procesamiento, presentación y análisis e interpretación de datos; se incluye las consideraciones éticas.

Capítulo III: Resultados y Discusión, se presenta los resultados a través de cuadros y gráficos (perfiles), y la discusión e interpretación de datos.

Capítulo IV: se menciona las Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones.

Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía, anexos y apéndice.

RESUMEN

Investigación descriptiva que estudia las actitudes hacia el Internado en los estudiantes del cuarto año de enfermería, considerando la práctica pre-profesional hospitalaria según complejidad de servicio: hospitalización y emergencia, y práctica pre-profesional comunitaria según ámbito de rotación: intramural y extramural. Cuyos resultados servirán a los docentes de la Escuela de Enfermería para fortalecer las actitudes favorables hacia el Internado y modificar aquellas desfavorables con tendencia al rechazo. Participaron 62 estudiantes. Se aplicó un cuestionario elaborado con la técnica del diferencial semántico; constituido por 7 reactivos y cada uno con doce escalas bipolares, considerando los factores evaluativo, actividad, potencia y familiaridad. El procesamiento de datos fue manual y haciendo uso de un paquete estadístico en Excel (XLSTAT). La información es presentada en cuadros y gráficos (perfiles). Entre sus conclusiones, la actitud hacia el Internado es de aceptación leve, identificándose rechazo por el área hospitalaria, y aceptación por la comunitaria; ambas con intensidad leve. La actitud hacia la experiencia por los servicios de hospitalización, es de aceptación leve a diferencia de la práctica por los servicios de emergencia, que es de rechazo leve. La actitud hacia el ámbito intramural y extramural es de aceptación leve. En la actitud hacia el Internado el factor evaluativo y actividad, en todos los reactivos, es de aceptación leve a moderada y los de potencia y familiaridad, en la mayoría de los reactivos, es de rechazo leve a moderado. El Internado es considerado por los estudiantes como una experiencia, desde el factor evaluativo, ligeramente agradable, ligeramente satisfactoria y bastante bonita; desde el factor potencia, como ligeramente difícil, ligeramente estresante y ligeramente pesada; desde el factor actividad como ligeramente alegre, bastante activa y ligeramente lenta y, desde el factor familiaridad, como experiencia ligeramente conocida, ligeramente segura y ligeramente compleja.

Palabras claves: internado, actitudes, estudiantes de enfermería, práctica pre-profesional.

ABSTRACT

Descriptive research that studies attitudes toward internship on fourth year nursing students, considering pre-professional practice in hospitals according the complexity of services: hospitalization and emergency, and pre-professional practice in community according the field of rotation: intramural and extramural area. The results will assist the teachers of the School of Nursing to strengthen positive attitudes towards internship and modify those unfavorable with rejection trend. Sixty two students have participated. An elaborated questionnaire was developed with the semantic differential technique, consisting of 7 reagents, each one with twelve bipolar scales, considering this factors: evaluative, activity, power, and familiarity. Data processing was done manually and using a statistical package in Excel (XLSTAT). The information is presented on charts and graphics (profiles). Among its conclusions, the attitude toward internship is of mild acceptance, rejection was identified for the hospital area, and acceptance for the community area, both with mild intensity. The attitude toward the experience for hospitalization services is of mild acceptance unlike the practice for the emergency services, which is of mild rejection. Attitudes towards intramural and extramural area is of mild acceptance. On the attitude towards the internship, evaluative factor and activity, in all the reagents, acceptance goes from mild to moderate; and the power and familiarity, in most of the reagents, the rejections goes from mild to moderate. The internship is considered by students as an experience, from the evaluative factor, slightly pleasant, slightly satisfactory and quite beautiful, from the power factor, as slightly difficult, slightly stressful and slightly heavy, from the activity factor as slightly happy, very active and slightly slow, from the familiarity factor, as slightly known experience, slightly safe, and slightly complex.

Keywords: internship, attitudes, nursing students, pre-professional practice.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso formativo del estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, comprende 5 años de estudio, periodo en el que se desarrolla el Plan de Estudios, constituido por tres áreas curriculares, la de Formación Básica, de Formación Profesional y el Internado.

La estructura del Plan de Estudios mencionado, va incorporando asignaturas del área de formación profesional a partir del segundo semestre. Paralelamente se desarrolla asignaturas del área de formación básica, humanística y desarrollo personal social hasta el quinto semestre. A partir del sexto semestre se intensifica el área de formación profesional hasta alcanzar el 100% en el quinto año de estudios en el que se desarrolla el Internado. Éste está estructurado en dos periodos específicos; en las áreas de experiencias el área hospitalaria y el área comunitaria, con seis meses de duración cada una. (*Fuente: Guía Académica del Estudiante-2005*)

El Internado representa la culminación de la enseñanza de Pre grado, periodo en el que se complementa, profundiza y consolida las competencias adquiridas a lo largo de la formación.

El Interno asume responsabilidades profesionales declaradas en el perfil educacional, bajo un sistema de tutoría siendo su labor eminentemente activa mediante un proceso de autodirección y autoaprendizaje, desarrollando sus acciones en las áreas funcionales de enfermería: asistencial directa a usuarios y familia, actividades de docencia y/o capacitación, administración de unidades, sectores o servicios de enfermería, donde el trabajo en equipo cumple un papel relevante para actuar como miembro del equipo de salud e intervenir conjuntamente con otros profesionales en acciones intersectorial para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en el nivel individual, familiar y colectivo; a su vez, hará uso de métodos y técnicas educativas activas, como la entrevista educativa, conferencias dialogadas, discusiones clínicas, charlas, seminarios, entre otros. *(fuente: Sílabo del Internado 2009)*.

La evaluación del Interno de enfermería es integral tanto teórica como práctica, orientada por las competencias planteadas en el Sílabo del Internado.

El Internado representa una experiencia de aplicación de los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos en los cuatro años de formación que lo anteceden. Frente a esta situación próxima el futuro Interno reaccionará, presentando

una actitud cuya dirección puede ser favorable o desfavorable, con una intensidad que implica la fuerza de dicha dirección pudiendo ser leve, moderada o fuerte.

Si los estudiantes del 5to año son los Internos, se considera a los del 4to año como pre internos quienes vivencian la realidad próxima al Internado.

En la interacción con estos estudiantes se les escucha manifestar:

“ya estamos muy próximos al Internado”, “jahhh! No puede ser”, “¡que nervios!”, “no he tenido la oportunidad de hacer todos los procedimientos” “jahhh!” “¡nooo!”

“He escuchado decir a los Internos: Estoy cansadaza, que pesado es el Internado hospitalario, en cambio el Internado comunitario es más tranquilo, suave, menos estresante que el Internado hospitalario.” ¿Será cierto eso?

Otros alumnos mencionaron: *“Que bueno, ya no tendremos a la profesora que nos esté supervisando constantemente, seremos enfermeras, se estará en la capacidad de poder estar a cargo del servicio.”*

Otros manifiestan: *“¡Da temor pensar en el Internado!”, “Tomaremos decisiones; pero da temor, me siento inseguro ya que es una gran responsabilidad”, “¿Cómo será?” ¿Qué nos pasará?”.*

En los comentarios vertidos por los estudiantes se deja entrever sus actitudes, que constituyen formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los fenómenos, objetos, personas,

grupos o situaciones concretas, como es en este caso, el Internado. Se evidencia temor como también sentir positivo ante la futura experiencia; para algunos es sentir libertad de acción y para otros esto les da temor.

Si éstas son expresiones individuales, ¿cuáles serán las del grupo?, generándose el interés en conocer ¿qué es lo que están sintiendo los estudiantes frente a la proximidad del Internado? ¿Cuáles serán las actitudes que tienen los estudiantes hacia el Internado? ¿Hay aceptación o rechazo? Lo que ellos manifiestan ¿cómo se relaciona con las experiencias vividas durante la formación? ¿A qué se debe esas frases un tanto negativas, mientras otras positivas?

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta las interrogantes planteadas, se decide estudiar:

¿Cuáles son las actitudes que hacia el Internado tienen los estudiantes del 4to año de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM, 2009?

C. JUSTIFICACIÓN

Durante el transcurso de los años de formación profesional, los estudiantes de enfermería vivencian a través de las prácticas realizadas tanto en el área hospitalaria como comunitaria, muchas experiencias, entre ellas positivas y

negativas, las cuales progresivamente van formando actitudes, entre ellas, hacia el Internado.

Teniendo en cuenta que “las actitudes son predisposiciones a responder a alguna clase de estímulos con ciertas clases de respuesta”.⁽¹⁾, se considera, por teoría, a la actitud como un predictor del comportamiento de los estudiantes.

Si estas actitudes en el alumno son positivas, favorables, se prevé un desenvolvimiento adecuado de acercamiento al Internado como experiencia de aprendizaje, pero si la actitud hacia el mismo es negativa, se prevé todo lo contrario. Según el modelo de las actitudes en la interrelación de los tres componentes, los conocimientos de los estudiantes se encontrarán influidos por sus sentimientos y por sus tendencias reactivas hacia el Internado; los conocimientos que los estudiantes tengan sobre el Internado producirán cambios en su esfera emocional y por ende en su comportamiento.

D. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Determinar las actitudes hacia el Internado, en los estudiantes del 4to año de estudios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Determinar las actitudes hacia el Internado en el área hospitalaria y según la complejidad de su práctica pre-profesional en los servicios de hospitalización y emergencia, en los estudiantes del 4to año de estudios.
- ❖ Determinar las actitudes hacia el Internado en el área comunitaria y según ámbito intramural y extramural de su práctica pre-profesional, en los estudiantes del 4to año de estudios.
- ❖ Identificar los factores de evaluación, potencia, actividad y familiaridad que predominan en las actitudes hacia el Internado, en los estudiantes del 4to año de estudios.
- ❖ Identificar los factores de evaluación, potencia, actividad y familiaridad que predominan en las actitudes hacia el área hospitalaria y según la complejidad su práctica pre-profesional, en los estudiantes del 4to año de estudios.
- ❖ Identificar los factores de evaluación, potencia, actividad y familiaridad que predominan en las actitudes hacia el área comunitaria y según ámbito de su práctica pre-profesional, en los estudiantes del 4to año de estudios.

E. PROPÓSITO

La información producto de la investigación será insumo para la Escuela Académico Profesional de Enfermería y equipo de docentes responsables de la conducción del Internado, en la toma de decisiones para elaborar, ejecutar actividades, estrategias tales como talleres, encuentros, entre otros, orientados a fortalecer las actitudes de aceptación que tienen los estudiantes hacia el Internado y modificar aquellas que viran con tendencia hacia la negatividad, lo que contribuirá a que el futuro Interno tenga una predisposición favorable hacia la experiencia del Internado, en el área hospitalaria y comunitaria. Se contribuirá a lograr un óptimo aprendizaje y desenvolvimiento del estudiante en este último periodo formativo.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. ANTECEDENTES

Hasta el momento no se ha encontrado investigación alguna como antecedente directo para el presente trabajo de investigación; sin embargo, a continuación se cita algunas investigaciones que tienen como variable de estudio a la actitud y han sido medidas aplicando el diferencial semántico, lo que ha permitido profundizar en su manejo para ser aplicado en la presente investigación.

Nélida Rodríguez Feijóo, en el año 2007, en Argentina, realizó un estudio titulado “Actitudes hacia la

Jubilación” cuyos objetivos fueron: Comparar las actitudes hacia la jubilación de una muestra de sujetos en las etapas pre y posjubilatoria; analizar la influencia de ciertas variables tales como: edad, género, estado civil, nivel educacional, nivel ocupacional, grado de conformidad con el monto del haber jubilatorio, grado de satisfacción laboral, percepción de apoyo social, uso del tiempo libre, existencia o no de proyectos para el futuro, nivel de autoestima, etc., sobre las actitudes de ambos grupos hacia la jubilación y analizar la relación entre ciertas variables de personalidad y las actitudes hacia la jubilación.

La hipótesis de estudio fue: Las personas menos afectivas, con un yo más débil, más ansiosas, con tendencia a la culpabilidad y con predominio del control interno o externo poseen actitudes más desfavorables hacia la jubilación, que aquellas personas que son más afectivas, con un yo más fuerte, menos ansiosas, con baja tendencia a la culpabilidad y con equilibrio entre el control interno y externo.

Para realizar este estudio se construyeron los siguientes instrumentos de medición: dos cuestionarios de datos personales (uno para las personas que estaban en la etapa prejubilatoria y otro para los jubilados) y dos escalas para medir las actitudes hacia la jubilación, una utilizando la técnica del diferencial semántico de Osgood, Suci y Tannenbaum (1957) y otra, utilizando el método de intervalos aparentemente iguales de Thurstone y Chave (1937).

A fin de analizar la relación entre las actitudes hacia la jubilación y ciertos rasgos de personalidad fueron

seleccionados los factores: A (Afectividad), C (Fuerza del yo), O (Tendencia a la culpabilidad) y Q4 (Ansiedad) del Test 16 PF de Cattell, Eber y Tatsuoka (1970).

Para analizar la relación entre las actitudes hacia la jubilación y la creencia en el control de los sucesos de la vida cotidiana, se utilizó una versión abreviada de la Escala de Locus de Control de Rotter (1966). Estos instrumentos fueron administrados a una muestra de tipo accidental integrada por 300 personas mayores de 55 años residentes en un gran centro urbano como es la Ciudad de Buenos Aires (República Argentina), el 50% se encontraba en la etapa prejubilatoria y el 50% restante en la posjubilatoria.

Se realizó un análisis estadístico multivariado de los datos recogidos. Los resultados obtenidos mostraron que la mayoría de las variables consideradas influyen en forma estadísticamente significativa, ya sea en forma favorable o desfavorable, sobre las actitudes hacia la jubilación. Por último, fue corroborada la hipótesis formulada previamente.

Jenny Acosta Olivera, en el año 2004, en Perú, realizó un estudio titulado “Actitudes de los Internos de enfermería hacia los cuidados paliativos del paciente terminal” cuyo objetivo fue: Determinar las actitudes de los Internos de enfermería hacia los cuidados paliativos de un paciente terminal. El tipo de estudio fue cuantitativo, diseño de tipo comparativo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 90 Internos de enfermería pertenecientes a diferentes universidades, entre ellas, Universidad Nacional

Mayor de San Marcos, Universidad Nacional del Callao, Universidad Nacional de Ancash “Santiago Antúnez de Mayolo”, Universidad Nacional de Huacho “José Faustino Sánchez Carrión” y la Universidad de San Martín de Porres; el instrumento que se utilizó fue un formulario aplicando la técnica del Diferencial Semántico.

Las conclusiones derivadas del estudio fueron, entre otras:

Los Internos de enfermería presentan una mayor inclinación a la actitud de indiferencia hacia el cuidado paliativo del paciente terminal.

Existe una actitud de rechazo hacia el familiar del paciente moribundo, identificándose que los internos de enfermería lo consideran como perturbador y conflictivo.

Los Internos de enfermería, en su mayoría, consideran que el soporte psicológico a la familia del paciente terminal es posible, trascendental, reconfortante, oportuno y necesario.

Villar Posada, Feliciano, en el año 1997, en España, realizó un estudio titulado “Construcción y evaluación en diferentes cohortes del diferencial semántico del Envejecimiento” cuyos objetivos fueron: Examinar qué actitudes se mantienen respecto al proceso de envejecimiento y las posibles diferencias asociadas a la edad de dichas actitudes. Para ello, a partir de un estudio piloto con una muestra de 82 personas, se elaboró una escala de 18 ítems basada en la técnica del diferencial semántico. El muestreo fue de tipo intencional teniendo dos criterios, sexo y edad. La

muestra estuvo conformada por 166 personas de seis cohortes diferentes.

Las conclusiones según los resultados indican que el diferencial semántico presenta cualidades psicométricas suficientes como para poder ser utilizado en investigaciones que pretendan medir o tener en cuenta la actitud que se mantiene hacia el envejecimiento.

La media de las puntuaciones de la escala situaba la actitud ante el envejecimiento muy cerca del punto neutro. Respecto a la relación entre actitud y edad, la cohorte de más de 59 años era la que evaluaba el envejecimiento de manera más positiva, mientras que las personas entre 40 y 59 años mantenían las actitudes más negativas.

De las investigaciones presentadas, podemos mencionar que en el primer estudio hace referencia a los factores: evaluación, potencia y actividad, los cuales agrupan a las escalas bipolares. A su vez, el autor menciona que una de las razones por la que construyeron la escala del diferencial semántico se debe a que los adjetivos que integran los factores actividad y potencia añaden un valioso elemento de juicio para la predicción del comportamiento frente al objeto actitudinal.

Para el presente estudio se ha considerado los tres factores agregándose el factor familiaridad ya que a su vez permite identificar cuán familiarizados se encuentran los pre Internos con el objeto actitudinal de estudio, en este caso, el Internado.

Referente a los adjetivos bipolares usados en los estudios, éstos han sido seleccionados eligiéndose a los adecuados para cada reactivo. Se hace mención, por ejemplo, en el segundo estudio que han obtenido los pesos factoriales de cada escala bipolar mediante la fórmula alfa de Crombach.

En el tercer estudio mencionan que en la elaboración del instrumento los reactivos fueron resaltados con el fin de centrar la atención de la persona en el concepto a evaluar. En cuanto a las escalas bipolares, éstas fueron presentadas en forma aleatoria e intercalando su dirección positiva y negativa, en el continuo de su presentación.

Lo mencionado permite reafirmar que los estudios orientaron al presente en la construcción y aplicación del diferencial semántico, así como en la medición de sus resultados, fortaleciendo la decisión de aplicar dicha técnica en la medición de las actitudes de los estudiantes hacia el Internado.

F.2. BASE TEÓRICA

I. LA ACTITUD COMO PREDICTOR DEL COMPORTAMIENTO

1. *La Formación y Desarrollo de las Actitudes*

“(…) las actitudes se adquieren, fundamentalmente, por cuatro mecanismos psíquico-sociales diferentes que son: la imitación, identificación, instrucción y educación.” ⁽²⁾

Los mecanismos mencionados no se presentan en forma aislada ni pura; a su vez durante el desarrollo de las diferentes prácticas de la educación no se las puede reconocer siempre de un modo bien delimitado.

La imitación: “representa un tipo de formación de actitudes, en la que los hombres aprenden modos de conducta o reacción, sin someterlo en forma alguna a técnicas educacionales, por lo tanto, la imitación es una forma espontánea de actitudes.” ⁽³⁾

La identificación: “Al imitar conscientemente a un ser vivo, uno se identifica con él y adopta inconscientemente, esto es muy importante, sus disposiciones evidentes o supuestas a la reacción o a la conducta. Una reflexión consciente de un joven es: ¿Cómo actuaría mi padre o un amigo que me merece mucho respeto en esta situación tan compleja? es al

menos para el momento de la reflexión, un acto de identificación.” (4)

La instrucción: “es un tipo de formación de actitud, en la que la persona está siendo instruida directamente por otra acerca de lo contrario de actitudes para uno u otros problemas; para esta o aquella situación se desea, tolera, exige o rechaza o incluso se castiga en este o aquel grupo.” (5)

La Educación: “se le inculca al educando modos de conducta o una situación creada que le obliga a adoptar una determinada conducta que forma con cierta obligatoriedad determinadas actitudes. Por consiguiente la educación representa una forma de adquisición de actitudes que transcurre con la mayor actividad subjetiva y por ello promete también la mayor efectividad.” (6)

Las actitudes se forman en una de varias situaciones que se presentan a continuación:

A través de la acumulación y la integración de numerosas experiencias relacionadas entre sí. Citamos el siguiente ejemplo:

“(...) las actitudes en contra de los negros, formadas de esta manera, (...), pueden ser resultado de haber tenido gran experiencia con lo negros como servidumbre, de modo que el individuo no puede llegar a aceptar a los negros como sus iguales desde el punto de vista social.” (7)

Otra situación es referente a la **individualización, diferenciación y segregación de experiencias**. “A medida que se presentan nuevas experiencias, éstas pueden tender a formar ciertas actitudes más específicas”.⁽⁸⁾

El Trauma o experiencias dramáticas también conllevan a que se formen las actitudes, por ejemplo: “Un individuo golpeado por una pandilla de jóvenes puertorriqueños, (...), puede desarrollar actitudes intensamente negativas hacia todos los miembros de ese grupo racial.”⁽⁹⁾

Otra situación, algún tipo de experiencia negativa como maltrato del que puede ser víctima el estudiante de enfermería por parte de sus pares, docente o vivenciar la muerte de un paciente.

Finalmente se cita **a la adopción de actitudes convencionales** por la que “El individuo desarrolla actitudes por el contacto con otras personas que sostiene la misma actitud, más que como resultado de una experiencia nueva. (Allport, 1935).”⁽¹⁰⁾

Según Pastor, 1983, las actitudes se forman y se adquieren progresivamente durante la vida de cada persona. A su vez, clasificó las teorías de los autores e investigadores psicosociales, según las tendencias predominantes en la conceptualización de las actitudes, que a continuación se presenta:

a) **Explicación conductista:** este grupo de investigadores ponen énfasis en los aprendizajes condicionados, en las adquisiciones de conductas ligadas a recompensas.

b) **Explicación cognoscitiva:** los autores se centran en el pensamiento racional, abstracto y simbólico del ser humano, para explicar la formación, la adquisición, la organización y la maduración de las actitudes.

c) **Explicación Funcionalista:** está relacionado con el descubrimiento de las funciones que las actitudes cumplen.

Dando respuesta a ¿cómo es que surgen las actitudes? , Eagly y Chaiken (1993), plantean que surgen de tres procesos: cognitivo, afectivo y conductual.

Antecedentes cognitivos: se considera “el conocimiento que la persona ha adquirido en su relación con el objeto actitudinal, en el pasado; le proporciona una buena estimación de cómo debe ser evaluado dicho objeto. Fishbein y Ajzen (1975) conceptúan la actitud como un resultado global de las creencias sobre el objeto actitudinal.” ⁽¹¹⁾

Antecedentes afectivos: “(...) la influencia de las emociones recae sobre muchas funciones psicológicas de la persona.” ⁽¹²⁾

Antecedentes Conductuales: “No es tanto la experiencia directa lo decisivo sino la accesibilidad de la

actitud, aunque es la experiencia directa uno de los determinantes de la accesibilidad. La misma conducta puede ser fuente de las actitudes. En ciertas condiciones, la realización de determinadas conductas pueden producir importantes y permanentes cambios de actitud (Morales, 1999)".⁽¹³⁾

"(...) Para poder predecir y controlar las conductas debemos saber cómo se desarrollan las actitudes. Las actitudes se desarrollan debido a la satisfacción de necesidades. Las actitudes, además de ofrecer un significado a nuestro mundo individual, sirven para alcanzar otros objetivos y satisfacer varios fines." ⁽¹⁴⁾

Según Krech y Otros, 1972 cita como fuerzas determinantes que influyen en el desarrollo de las actitudes a las siguientes:

- 1) **Los deseos personales:** el sujeto desarrolla una serie de actitudes al intentar satisfacer la necesidad de enfrentarse a ciertos problemas. Crea actitudes favorables hacia los objetos y hacia las personas que satisfacen sus impulsos, como objetivos y como medios para alcanzarlos. Lo contrario se referirá a objetos y personas que bloquean la satisfacción de un impulso, creándose frente a esto una actitud desfavorable de rechazo.
- 2) **La información:** "(...)es fundamental para que las actitudes no se aparten de los hechos. Como en las actitudes intervienen gran número de factores, uno sólo de ellos puede falsear la postura del individuo ante un determinado aspecto de las

relaciones sociales. Un déficit de datos puede dar origen a actitudes capaces de distorsionar la realidad.”⁽¹⁵⁾

3) La pertenencia a un grupo: las actitudes de los individuos tienden a reflejar las creencias, valores y normas de los grupos al que pertenece, y para mantenerlas debe contar con el apoyo de sus pares.

4) La personalidad: “aunque la influencia de los grupos tiende a producir la uniformidad de las actitudes de los miembros del grupo, existe una cierta divergencia entre los individuos debido a sus diferencias de personalidad.

El individuo tiende a aceptar como propias aquellas actitudes que se integran con su personalidad. Esto está demostrado en investigaciones sobre el etnocentrismo, las actitudes religiosas, las actitudes políticas, las actitudes hacia problemas internacionales, etc.”⁽¹⁶⁾

Krech y Otros (1972), proponen el modelo de las actitudes estructuradas en la interrelación de los tres componentes, sostienen que las actitudes están estructuradas en la interrelación y vinculación de tres componentes principales. Mencionan que los conocimientos se hallan influidos por los sentimientos y por las tendencias reactivas hacia un determinado objeto. Y, a su vez, se tiene que los conocimientos sobre un objeto producen cambios en sus emociones y en sus tendencias reactivas.

Los tres componentes que componen las actitudes son los siguientes:

a. El componente cognoscitivo: consiste en las creencias de un individuo acerca de un objeto determinado, juicios de valor positivos o negativos.

Aquí se pueden influir las creencias de un sujeto acerca de las maneras adecuadas de responder ante un objeto, se hallan íntimamente relacionados entre sí tanto los componentes cognoscitivos y reactivos.

b. El componente sentimental: hace referencia a las emociones, los sentimientos vinculados a una determinada persona, situación, objeto, entre otros, siendo vivenciado como placentero o desagradable.

c. El componente reactivo: alude a la inclinación a actuar de una manera determinada ante el objeto actitudinal. Si la persona mantiene una actitud favorable hacia un objeto, se sentirá dispuesta a mantenerla, ayudarla o conservarla. En cambio si la actitud hacia ese objeto es negativa, se tenderá a destruirla o rechazarla.

“La forma en que se pueda tratar o hablar de alguien, suele apoyarse en las creencias, en los sentimientos y en las tendencias reactivas que se mantienen respecto a ese alguien. Estos conocimientos, sentimientos y tendencias reactivas como una estructura, se relacionan entre sí. Esta estructura es a lo que se llama actitud, actitud como sistema.

Las respuestas sociales de un individuo reflejan sus actitudes, sus sistemas duraderos de valoraciones positivas o negativas, sus sentimientos y sus tendencias en pro o en contra respecto a determinados fenómenos sociales (Krech y Otros, 1972).”⁽¹⁷⁾

2. Definición de Actitud en función a sus tres componentes.

Se ratifica que los autores coinciden que las actitudes están constituidas por tres componentes. La actitud es un estado psicológico interno que se manifiesta a través de una serie de respuestas observables, agrupadas en tres grandes categorías: cognitivas, afectivas y conativo - conductuales.

“Se puede definir una Actitud como una estructura, un sistema duradero formado por tres componentes que se polarizan hacia un determinado objetivo: el componente cognoscitivo, sentimental y reactivo”.⁽¹⁸⁾

“Un compuesto psíquico unitario relativo a los que el individuo piensa, siente y hace respecto de un determinado objeto sociocultural.”⁽¹⁹⁾

“Actitud es una categorización de un estímulo u objeto estimulada a lo largo de una dimensión evaluativo basada en tres clases generales de información: cognoscitiva, afectiva o emocional y la relativa a conductas pasadas.”⁽²⁰⁾

“Actitud es la reacción evaluativo favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conductas proyectadas.”⁽²¹⁾

3. Características de las Actitudes

Los objetos de las Actitudes

El número de objetos de la actitud de un individuo es limitado según Krech y Otros (1972) puesto que sólo se consideran como tal los objetos que poseen una existencia psicológica para ese individuo. Por ejemplo una persona puede contar con un gran número de actitudes hacia:

- ✓ *Los objetos que le rodean.*
- ✓ *Los fenómenos sociales que marcan a todo miembro de una sociedad*
- ✓ *Nuestro prójimo*
- ✓ *Los grupos*
- ✓ *Los hechos políticos y económicos*
- ✓ *Los fenómenos culturales*
- ✓ *La filosofía*
- ✓ *La religión*
- ✓ *Nosotros mismos, etc.* ⁽²²⁾

Propiedades de las Actitudes

Algunas características de las actitudes según Scott (1968):

- ✓ *Su dirección bipolar positiva-negativa o neutra.*
- ✓ *Su magnitud, extremosidad o grado de favorabilidad- desfavorabilidad.*
- ✓ *Su intensidad o fuerza del sentimiento.*
- ✓ *Su ambivalencia o presencia simultánea de aspectos favorables y desfavorables.*
- ✓ *Su prominencia o centralismo, la importancia focal o periférica de una actitud dentro de su constelación.*
- ✓ *Su prominencia afectiva*
- ✓ *Su complejidad cognoscitiva*
- ✓ *Su apertura o fuerza compartamental*
- ✓ *Su encaje dentro de la estructura cognoscitiva*

- ✓ Su flexibilidad o rigidez
- ✓ El grado de su concientización. ⁽²³⁾

4. Relación entre Actitud y Comportamiento

“(...).Por décadas las actitudes habían sido uno de los conceptos centrales del campo y mucha de la investigación había sido realizada para estudiar cómo se formaban las actitudes y como podían ser cambiadas. En todo este trabajo estaba implícita la creencia de sentido común de que las actitudes constituyen un importante determinante de la conducta.” ⁽²⁴⁾

León Festinger a finales de la década de 1950, propuso la teoría de la disonancia cognoscitiva, pretendiendo explicar la liga entre actitudes y comportamiento. La disonancia cognoscitiva es “un estado interno desagradable que ocurre cuando los individuos observan inconsistencias entre dos o más de sus actitudes, o entre sus actitudes y su comportamiento.” ⁽²⁵⁾

Según Festinger todas las formas de incongruencia son incómodas para lo cual los individuos tratarán de reducir la disonancia y, con ello, la incomodidad buscando de tal forma un estado estable en el que la disonancia sea mínima.

“(...)No obstante, al final de la década de los sesenta, muchos estudios parecían apuntar a una conclusión muy diferente; el vínculo entre actitudes y conducta era en realidad débil...Resulta igualmente claro, sin embargo, que nuestras actitudes a menudo ejercen importantes efectos sobre nuestra conducta; después de todo, piensa las muchas veces en que tus reacciones hacia la gente, las ideas o los temas moldean tus acciones referentes a estos aspectos del mundo

social...la investigación más reciente de los psicólogos sociales se han centrado en la pregunta ¿Cuándo y cómo las actitudes influyen sobre el comportamiento?, más que intentar dar una respuesta a la pregunta “¿ejercen las actitudes tales efectos?. Los resultados de estas investigaciones son muy reveladoras y también esbozan una imagen mucho más alentadora relativa a la posibilidad de predecir la conducta de las personas a partir de las actitudes.” (26)

Se ha demostrado que las actitudes pronostican significativamente el comportamiento tal es el caso del estudio realizado por Armitage y Conner (2000), intentaron determinar si las actitudes ambivalentes son predictoras más débiles de la conducta que las que no son ambivalentes. Para lo cual el estudio se realizó a más de quinientos empleados de hospitales evaluándose la expresión de las actitudes hacia llevar una dieta baja en grasas (sentimientos tanto positivos como negativos hacia ésta acción) y sus intenciones para llevarlo a la práctica. Encontrándose quienes mostraban una actitud ambivalente es decir, aquellos que tenían actitudes tanto positivas como negativas, resultaron ser un predictor más débil de la conducta real; en comparación a las actitudes no ambivalentes donde las personas tienen una actitud positiva o sólo negativa donde éstas fueron predictores más fuertes de la conducta.

Los fenómenos sociales se hallan dirigidos por las actitudes. La razón por la que se extiende el estudio de las actitudes, en muchos casos, puede derivarse del interés en conocer las actitudes de las personas para así poder predecir y controlar su conducta. Es un control que muchos desean ejercer. Un ejemplo de ellos podrían ser los sondeos antes de las elecciones, o las encuestas para saber las

preferencias de posibles compradores antes de lanzar cierto producto, Krech y Otros, (1972).

Ajzen y Fishbein (1977) señalaron que tanto las actitudes como la conducta pueden caracterizarse mediante cuatro elementos diferentes:

- ✓ El elemento acción: Qué conducta se va a ejecutar.
- ✓ El elemento objetivo: A que objetivo se dirige la conducta.
- ✓ El elemento contexto: En qué contexto se ejecuta la conducta.
- ✓ El elemento tiempo: En qué momento se realiza la conducta.

4.1. Modelo de la acción razonada y acción planeada

“Ajzen y Fishbein (1980) proponen un modelo de la acción razonada según el cual la intención conductual viene determinada por la actitud hacia las consecuencias de la conducta de carácter individual y por la influencia de los grupos específicos de referencia. La confluencia entre las creencias individuales y grupales constituyen la base para la formación de: actitudes, intención y conducta. La teoría de la acción planificada añade un nuevo eslabón a la teoría o modelo de la acción razonada: el control percibido de la conducta.

“Las personas sólo intentarán hacer algo si hay una oportunidad realista de poder llevar a cabo esa conducta” (Ajzen, 1991). Este autor incorpora las normas personales, que constan de creencias acerca de la corrección o falta de corrección de la conducta,

y las repercusiones afectivas de la realización de la conducta correcta o no. Las normas personales constituyen el añadido más importante y original según Morales y Moya (1996)”⁽²⁷⁾

Actitudes → Intención → Conducta → Control percibido de la conducta

4.2. Las actitudes como determinantes de la conducta

“Myers (1995) se pregunta si las actitudes determinan la conducta, puesto que es una cuestión básica de la naturaleza humana, y cuál es la relación entre lo que somos (en el interior) y lo que hacemos (en el exterior). Filósofos, teólogos, educadores, (...) han especulado muchos acerca de la conexión entre pensamientos y acción, carácter y conducta, mundo privado y actos públicos. La suposición que subyace en la mayor parte de la enseñanza, asesoría, educación, es que nuestras creencias y sentimientos privados determinan nuestra conducta pública. Si se desea alterar la manera en que las personas actúan se necesita cambiar de corazones y sus mentes (...). Nuestras actitudes expresadas predicen de manera imperfecta nuestra conducta porque ambas están sujetas a otras influencias (Myers, 1995)”⁽²⁸⁾

Myers afirma que el vínculo actitud – conducta es débil, debido a que las personas en ocasiones distorsionan sus actitudes reales cuando las expresan. Sin embargo, las actitudes podrían predecir la conducta bajo algunas de estas condiciones:

1. *Cuando las influencias sociales son mínimas sobre nuestra expresión y conducta.*

“(....) las expresiones están sujetas a influencias externas...A veces decimos lo que pensamos que otros quieren oír...” (29)

“En cualquier circunstancia, no sólo nuestras actitudes internas nos guían, sino también la situación que enfrentamos (...) las influencias sociales pueden ser enormes, lo suficientemente grandes para inducir a romper convicciones más profundas (...). Predecir el comportamiento es similar a pronosticar el golpe de algún jugador de béisbol o de cricket (...). Si conocemos a los jugadores, podemos predecir su promedio aproximado de bateo (...). Los efectos de algún proceder se vuelven más palpables cuando observamos el comportamiento acumulado, o su promedio, en lugar de los actos aislados.” (30)

2. Cuando la actitud es específicamente relevante para la conducta observada.

“(...) De acuerdo con la teoría del comportamiento planeado de Ajzen y Fishbein, para predecir mejor la conducta debemos conocer las que alguien pretende realizar, así como la percepción de su autoeficacia y control. Otros estudios-más de 700 realizados con 276 000 participantes-confirmaron que las actitudes relevantes específicas pueden predecir tanto el comportamiento pretendido como el real (Armitage y Conner, 2001; Six y Eckes, 1996; Wallace y otros, 2004). Por ejemplo, la postura hacia los condones anticipa, con gran exactitud, su uso (Albarracin y otros, 2001), y la actitud hacia el reciclaje (pero no la opinión general hacia los temas ambientales) pronostica la participación en esta actividad (Oskamp, 1991(...)).” (31)

“(...) Las actitudes específicas son predictores mucho mejores del comportamiento que las actitudes generales (Newcom et al., 1992, Weigel et al., 1974).” (32)

3. Cuando la actitud es poderosa, predice mejor el comportamiento.

“(...) nuestras actitudes están inactivas cuando actuamos de manera automática, sin detenernos a considerarlas. Las actitudes que adoptamos son más potentes cuando las traemos a la mente. Las actitudes inconscientes pueden influir sobre conducta espontánea. Las actitudes influyen en la manera en que percibimos e interpretamos los acontecimientos, y la manera como reaccionamos.

Las actitudes influyen no sólo en la adquisición de respuestas afectivas, cognitivas y conductuales, sino también en las destrezas comunicativas para expresar la experiencia subjetiva de cada uno. Para comprender las actitudes se debe intentar comprender los procesos de aprendizaje y también los procesos de comunicación (Eiser, 1989)”⁽³³⁾

“Una razón por la que las actitudes formadas a través de la experiencia directa tengan un impacto poderoso en el comportamiento es que tienden a ser muy accesibles; es decir, se piensa en ellas con frecuencia y viene rápido a la mente”. (Fazio, 1995; Smith et al., 1966)”⁽³⁴⁾

Otros factores que determinan la relación actitud-comportamiento está dada por la autoconciencia privada así como la autoconciencia pública, es decir:

“(...) Las personas que son autoconscientes en forma privada están más atentas a sus estándares personales de comportamiento, mientras aquellos que son autoconscientes en forma pública están más atentos a los estándares públicos (...) la clase de autoconciencia que experimentan las personas antes de ocuparse en una actividad determinará de manera

significativa si su comportamiento coincide con sus actitudes sostenidas en forma privada (Echabe y Garate, 1994).”⁽³⁵⁾

Por otro lado, el tiempo influye exitosamente en la predicción del comportamiento. Así se tiene que mientras mayor sea el lapso de tiempo entre la medición de la actitud y el comportamiento, el cambio de la actitud de la persona es de mayor probabilidad. Y el otro factor es la intensidad de la actitud, en la que según los autores Judd y Brauer, 1995; Visser et al., 2003, refieren que las actitudes firmes son más influyentes en la determinación del comportamiento de la persona siendo éstas más resistentes al cambio. (...) “es suficiente la sola adquisición de más información sobre un objeto de actitud para fortalecer las actitudes de las personas (Chaiken et al., 1995; Wood et al., 1995)”.⁽³⁶⁾

Según Crano, (1995); Liberman y Chaiken, (1996); la cantidad de implicación personal que tenga una persona con el objeto actitudinal es una fuente de intensidad de actitud.

Si las actitudes han sido formadas a través de la experiencia, éstas serán más firmes y por ende serán mejores predictores del comportamiento a desarrollarse. (Millar y Millar, 1996).

5. Medición de las Actitudes

Los métodos utilizados con mayor frecuencia en la medición de las actitudes se agrupan según los componentes que conforman la actitud.

A) Componente Cognoscitivo

El propósito de medir el componente cognoscitivo de la actitud es “descubrir las clases de categorías que emplea un individuo cuando está clasificando un nuevo estímulo y la clase de estímulos que se clasifican como pertenecientes a cierta categoría.”⁽³⁷⁾

Se menciona al método del significado implicativo, creado por Triandis y sus colegas (1971), el cual “consiste en presentar al individuo el objeto de la actitud y preguntarle cuán probable o improbable será que ciertas consecuencias se presenten (pudiendo ser éstas sucesos reales o características conceptuales) (...)”⁽³⁸⁾

B) Componente Afectivo

Se tiene que en la mayoría de los instrumentos se han abocado a este componente de la actitud. Entre los métodos de medición más antiguos y que fueron empleados tenemos: los tres de Thurstone (1927, 1928, 1931; Thurstone y Chávez, 1929) y el escalograma de Guttman (1944).

Por otro lado, uno de los métodos más utilizados es el de puntuaciones sumadas, propuesta por Likert (1932), aquí el investigador redacta varios reactivos, enunciados u oraciones, los cuales irán acompañados de una escala de cinco intervalos

en la cual el individuo debe señalar el grado de acuerdo o desacuerdo con el enunciado presentado.

El diferencial semántico, es una “(...) técnica de medida muy generalizable que exige adaptación de su forma y contenido según el tipo de problema que se quiere investigar.”
(39)

Siendo técnica de medida del significado connotativo, afectivo o subjetivo, la que fue desarrollada por Osgood y su colegas (1957), para explorar las dimensiones del significado.

Osgood propuso que el fundamento de la técnica del diferencial semántico está basado en la teoría psicológica del significado, que

“tienen su origen en las teorías de Hull y constituye, esencialmente, una elaboración del concepto de acto de estímulo puro; es decir, aquel cuya función exclusiva es servir de estímulo para otros actos; Hull creyó que éstos constituían la base orgánica explicatoria de la conducta simbólica. Osgood utilizó y elaboró este concepto como fundamento de la hipótesis de la mediación (...) La hipótesis de la mediación y el proceso representacional constituyen el modelo conductual de la teoría que fundamenta el diferencial semántico; sin embargo, es necesario señalar que dentro de una labor creativa sistemática integró el modelo conductual a uno especial; el significado está constituido por un espacio de n dimensiones, de las cuales tres son fundamentales para ubicar un concepto dentro del espacio total (...) hay un modelo métrico; es decir, escalas antagónicas que se cancelan mutuamente y que se expresan por medio de siete intervalos, siendo uno de ellos origen y punto neutro.(...)” (40)

“(...) Desde los primeros esbozos del diferencial semántico se consideró que aquello que se había denominado espacio semántico estaba necesariamente compuesto por un número determinado, pero desconocido, de factores o dimensiones del significado (...)” ⁽⁴¹⁾. Luego de varios estudios se identificaron los siguientes factores:

- I. *Factor Evaluativo*
- II. *Factor de Potencia*
- III. *Actividad Orientada*
- IV. *Estabilidad*
- V. *Tensión*
- VI. *Novedad*
- VII. *Receptividad*
- VIII. *Agresividad*
- IX. *Familiaridad*

De los factores mencionados, para el presente estudio, se ha considerado:

- 1) ***Factor Evaluativo:*** agrupa a los adjetivos bipolares que implican una valoración del concepto, premisa o reactivo.
- 2) ***Factor Potencia:*** agrupa a los adjetivos que están definidos por términos que representan fuerza y poder.
- 3) ***Factor Actividad:*** agrupa a adjetivos que denotan movimiento.

- 4) **Factor Familiaridad:** agrupa a los adjetivos que definen cuan conocido, familiar es el objeto actitudinal para las personas sujeto al estudio.

Los significados de las palabras, conceptos o frases en este caso considerados como reactivos serán medidos por medio de las escalas bipolares las cuales están constituidas por adjetivos antónimos.

“(...) Las escalas de actitudes en forma de DS están compuestas normalmente por cuatro a doce escalas bipolares... Osgood y Cols (1957) consideraron inicialmente que la actitud se medía exclusivamente con escalas de la dimensión E; sin embargo otros autores (por ejemplo, Diab, 1965; Heise 1970) creen conveniente utilizar escalas representativas de las tres dimensiones... Las escalas deben estar mezcladas en forma aleatoria, tanto en términos de las tres dimensiones del significado como respecto a la direccionalidad de los adjetivos bipolares. En otras palabras no deben aparecer las escalas de una dimensión agrupadas (por ejemplo, las cuatro escalas de la dimensión E, una a continuación de otra), ni deben colocarse siempre los extremos “positivos” de un lado y los “negativos” del otro (...)”⁽⁴²⁾

“En ocasiones, y esto depende de las escalas utilizadas, es posible utilizar cuantificadores aplicables a todas las escalas del instrumento. Si por razones de presentación no se desea utilizar cuantificadores en todas las escalas, es necesario especificar con claridad en las instrucciones la equivalencia adverbial de cada intervalo (...). En general, se debe de buscar un número suficiente de conceptos y escalas para cumplir con los objetivos de la investigación, pero lo suficientemente limitado para evitar la automatización y el aburrimiento de los sujetos (...)”⁽⁴³⁾

C) Componente Conductual

El primer método creado para medir este componente ha sido las escalas de Bogardus, la cual estuvo basada en la técnica de escalograma Guttman.

“(...) Bogardus empleó dicha escala para medir el prejuicio contra ciertos grupos étnicos; presentó al sujeto una serie de situaciones distintas por la distancia social, en las que tenía que indicar el tipo de conducta al que voluntariamente se dedicaría...La escala de Bogardus presenta varias limitaciones, siendo la más importante un enfoque psicométrico muy simplista, que únicamente nos da una escala ordinaria de las actitudes.....Triandis y sus colaboradores han elaborado una escala mucho mejor para medir el componente conductual de una actitud, escala que se emplea ya en muchos países. Se la ha estandarizado del todo y mide cinco aspectos distintos: respeto, relaciones matrimoniales, amistad, distancia social y superordinación.(...)”⁽⁴⁴⁾

Por otro lado, también se aplican métodos discretos, por los cuales se observaría al individuo sin que se de cuenta, entre ellos se encuentra el estudio de Wrightsman (1969) cuyo estudio fue referente a la relación de actitud y conducta en cuanto a la ley y el orden, en las que se basaron en la observación si las personas obedecían o no las señales de tránsito.

II. EL INTERNADO COMO ÚLTIMO PERIODO FORMATIVO DEL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

1. Metodología de la enseñanza del Internado

El Internado de enfermería se desarrolla en la modalidad anual calendario (Enero a Diciembre) y tiene dos áreas de experiencias:

a. Área Hospitalaria (seis meses):

Se encuentra comprendido por la Práctica Pre-Profesional en los Servicios de Hospitalización (Medicina General, Cirugía General, Pediatría, Neonatología, Ginecología y Obstetricia), así como por los Servicios de Emergencia. Con una duración de un mes cada uno; el Interno también participa en la planificación, desarrollo y evaluación de programas de educación permanente que se desarrolla en los servicios donde se encuentran realizando sus rotaciones, incorporándose plenamente en los comités de trabajo instalado en el servicio para estos propósitos, otra actividad que lleva a cabo es la elaboración de un programa de capacitación debiendo ser ejecutado durante su rotación correspondiente.

(Fuente: Sílabo de Internado 2009).

b. Área Comunitaria (seis meses):

Los ámbitos en el que se desenvuelve el Interno son el ámbito intramural y extramural, cada uno abarca el 50 % de horas. En el ámbito intramural, hay rotación por la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, Control de Crecimiento

y Desarrollo, y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. La duración de las rotaciones es de un mes cada una abordándose las áreas niño y adulto. En el ámbito extramural “(...) los Internos desarrollan sus actividades en la jurisdicción correspondiente al Centro de Salud”. (*Fuente: Reglamento del Internado - 2009*).

Aplican la metodología del trabajo comunitario (Planificación Local Participativa). A su vez, planifican, ejecutan y evalúan los programas de intervención de familias saludables y/o instituciones educativas saludables desarrollándolas según etapas de vida diseñadas (área escolar y adolescente, área adulto y área adulto mayor) considerándose los ejes temáticos: Alimentación y Nutrición Saludables, Salud Sexual y Reproductiva Higiene y ambiente, Salud mental, Buen trato y Cultura de paz) (*Fuente: Sílabo de Internado 2009*).

En ambos periodos el Interno se desempeña asumiendo el rol de enfermero en los servicios de las sedes comunitarias y hospitalarias seleccionadas (*Fuente: Sílabo de Internado 2009*).

Las prácticas en los diferentes establecimientos de salud, se desarrolla en forma paralela con las actividades académicas. Éstas últimas se desarrolla en aula y “están dirigidas a complementar aspectos teóricos-conceptuales requeridos para el mejor desempeño en la práctica, así como también para analizar y discutir la intervención de enfermería en los diferente casos clínicos.” (*Fuente: Reglamento del Internado - 2009*).

El desarrollo de las actividades académicas es responsabilidad del Coordinador de sede y de los Internos, (...) “se desarrollan bajo las modalidades de conferencia, paneles, seminarios, dinámicas de grupos y otros, en un promedio de un mínimo de 10 horas semanales.” (*Fuente: Reglamento del Internado -2009*).

“Para fines de supervisión y enseñanza directa, se cuenta con la supervisión y tutoría permanente de una enfermera del servicio correspondiente (Tutora) quien, organiza, prevé y asigna la calificación preliminar del trabajo del Interno.” (*Fuente: Sílabo de Internado 2009*).

“La Docente Coordinadora en la Sede, será responsable ante la universidad del monitoreo periódico (según plan de supervisión) y calificación final del proceso de formación profesional del Interno (nota entregada al final de cada rotación por servicio del internado comunitario como también del Internado hospitalario)” (*Fuente: Sílabo de Internado 2009*).

2. Competencias en el Interno según las Áreas del Internado

a. Internado en el Área Comunitaria

❖ Participa en la atención integral de salud de los usuarios que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención, considerando los lineamientos de política, los marcos normativos de las estrategias y de los programas de salud emanados por el MINSA.

- ❖ Proporciona asistencia directa e integral a los usuarios de los servicios de salud del primer nivel de atención en las distintas etapas de vida y escenarios de intervención a través de actividades preventivo promocionales.
- ❖ Demuestra habilidades en la planificación de actividades asistenciales - administrativas dirigidos a la población en general.
- ❖ Aplica metodologías innovadoras (ACP - PLP) para la identificación de problemas y/o necesidades del usuario interno y externo.
- ❖ Desarrolla actividades preventivo - promocionales en el primer nivel de atención, en el área seleccionada de la jurisdicción del establecimiento de salud, en las personas, grupos familiares y poblacionales, en la búsqueda de estilos de vida saludables, autocuidado y desarrollo de entornos saludables.
- ❖ Desarrolla habilidades y destrezas para el manejo de la capacitación en servicio en el primer nivel de atención.
- ❖ Aplica criterios validados para la evaluación de las actividades que desarrolla en el primer nivel de atención
- ❖ Sistematiza con organización las experiencias de aprendizaje en el primer nivel de atención.
- ❖ Desarrolla habilidades de comunicación y educación para la salud en poblaciones sujeto de intervención.

- ❖ Administra y/o gerencia, componentes y estrategias sanitarias que se desarrollan en el primer nivel de atención de salud, especialmente aquellos que son de competencia de Enfermería.

- ❖ Desarrolla y afianza valores y actitudes positivas enmarcados en la dimensión social y ética que exige el cuidado de enfermería en un contexto comunitario.

- ❖ Participa con responsabilidad de las actividades intra y extramurales integrándose al trabajo del establecimiento de salud.

b. Internado en el Área Hospitalaria

- ❖ Planifica diariamente, con oportunidad, el plan de intervención al usuario externo.

- ❖ Participa en la toma de decisiones técnico administrativas como Enfermera Asistencial adoptando e innovando procesos orientados al mejoramiento de los servicios de enfermería en los establecimientos hospitalarios.

- ❖ Promueve y desarrolla Programas de Educación en Servicio dirigidos al personal de enfermería.

- ❖ Desarrolla Programas de Educación para la Salud en forma individual y/o grupal a pacientes, familia y comunidad promoviendo el autocuidado en los tres niveles de prevención.

- ❖ Trabaja en equipo compartiendo experiencias que le permitan su autodesarrollo.
 - ❖ Brinda atención integral de enfermería considerando los niveles de prevención a pacientes hospitalizados asignados.
 - ❖ Promueve la participación activa del paciente y familia en su autocuidado.
 - ❖ Comunica oportunamente, en forma verbal y/o por escrito las decisiones, acciones y resultados de su intervención a las instancias necesarias y pertinentes.
 - ❖ Demuestra habilidades y destrezas en la realización de procedimientos de enfermería
 - ❖ Impulsa el fortalecimiento y cumplimiento de los principios éticos en la prestación de servicios de enfermería y de salud en general.
 - ❖ Evalúa la atención que brinda al usuario utilizando parámetros e indicadores válidos y confiables.
 - ❖ Demuestra principios éticos y morales en su actuar profesional y personal.
 - ❖ Mantiene una excelente presentación física durante su quehacer personal – profesional.
 - ❖ Demuestra respeto a los docentes, compañeros y pacientes.
- (Fuente: Sílabo de Internado 2009).*

3. Sistema de Evaluación en el Internado

La evaluación teórico-práctica de los Internos es integral, de carácter formativo y sumativo, se realiza en base a criterios de evaluación determinados a partir de las competencias planteadas en el Programa de Internado y que son de conocimiento de los Internos al inicio del mismo.

“La calificación del desempeño del Interno se realiza al término de cada rotación, con el promedio de las cuales se obtendrá la calificación del bloque del internado hospitalario, que constituye el 50% de la nota final del Internado; el que se sumará al promedio del bloque de internado comunitario, el que constituye el 50% restante”. (Fuente: *Sílabo de Internado 2009*).

La evaluación del Interno está a cargo de la docente de la Universidad Coordinadora en la Sede, conjuntamente con la Tutora del servicio quienes analizan el desempeño de éste, para lo cual hacen uso del record anecdótico, la entrevista individual y colectiva, y califican el mismo en los instrumentos de evaluación de competencias preparados para tal fin que permitan medir el desempeño del Interno en sus áreas funcionales de enfermería consideradas en cada una de las rotaciones; entre otras fuentes se tiene a la jefe del servicio de enfermería donde está rotando el Interno, quien opina sobre el desenvolvimiento de éste. (Fuente: *Sílabo de Internado 2009*).

“La nota aprobatoria mínima será 11”, en caso de desaprobación, el Interno deberá repetir la rotación o rotaciones en las que fue desaprobado al término total del Internado. (*Fuente: Sílabo de Internado 2009*).

“Por tratarse del Internado, no se admiten tardanzas ni inasistencias sin justificación. La evaluación de los Internos se rige según Reglamento de Evaluación de Pre Grado de la Facultad de Medicina - UNMSM, y el Reglamento de Internado de la Escuela Académico Profesional de Enfermería” (*Fuente: Sílabo de Internado 2009*).

“En caso de enfermedad o situaciones de fuerza mayor que le impidan al Interno asistir a los turnos programados deberá comunicar por escrito con la debida antelación a la tutora respectiva, a la docente de la Universidad Coordinadora en la Sede y a la Coordinadora General del Internado; sólo procederá la recuperación de horas dejadas de asistir en casos debidamente justificados”. (*Fuente: Sílabo de Internado 2009*).

“La docente Coordinadora de Sede hará conocer a la Tutora e Internos sobre los aspectos a ser evaluados en la respectiva rotación. Al término de la rotación ambas docentes(coordinadora de la sede y tutora del servicio) realizarán y firmarán la evaluación, debiendo ser firmado por el alumno; para ser entregados con el informe respectivo a la Coordinadora General del Internado en un lapso no mayor de cinco días útiles después de finalizado el periodo evaluado.” (*Fuente: Sílabo del Internado 2009*).

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- ❖ **ACTITUD:** Predisposición de aceptación, o rechazo que tiene el estudiante hacia el Internado considerando sus áreas hospitalaria y comunitaria.
- ❖ **ESTUDIANTE:** Alumno de sexo masculino o femenino matriculado que se encuentra cursando sus estudios en el cuarto año de la E.A.P. de Enfermería de la U.N.M.S.M.
- ❖ **INTERNADO:** Último periodo de formación del estudiante de enfermería, con un año de duración, que comprende experiencias de aprendizaje en el área hospitalaria y área comunitaria.
- ❖ **INTERNADO EN EL ÁREA HOSPITALARIA:** Experiencias de aprendizaje desarrolladas durante el Internado en los servicios de Hospitalización (Medicina General, Cirugía General, Pediatría, Neonatología, Ginecología y Obstetricia) y en el servicio de Emergencia; con una duración de seis meses.

❖ **INTERNADO EN EL ÁREA COMUNITARIA:**

Experiencias de aprendizaje desarrolladas durante el Internado en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, en el ámbito intramural rotando por la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, Control de Crecimiento y Desarrollo; y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis; y en el ámbito extramural desarrollando actividades de proyección social en una institución educativa y/o comunidad perteneciente a la jurisdicción previamente seleccionada ; con una duración de seis meses.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO

Estudio de tipo cuantitativo, de medición numérica y con análisis estadístico; de nivel aplicativo considerando que con los resultados se intervendrá mediante el desarrollo de programas o talleres ejecutados a través de la E.A.P. de Enfermería para fortalecer actitudes positivas, reorientar las actitudes negativas que los estudiantes tengan hacia el Internado.

De método descriptivo, de corte transversal ya que la información obtenida será tal cual se presenta en la realidad, haciendo un corte en el tiempo, considerando que éste no influye en el fenómeno en estudio.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Se desarrolló la investigación en la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Unidad Académica que conjuntamente con las Escuelas de Medicina Humana, Obstetricia, Tecnología Médica y Nutrición conforman la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M., ubicada en la Av. Grau 755 del Cercado de Lima.

La población estudiantil de la Escuela está conformada por 384 alumnos, de los cuales 65 cursan el cuarto año, quienes son los sujetos de estudio.

El Plan de Estudios de la E.A.P. de Enfermería está estructurado en cinco años académicos, de los cuales, el quinto año de estudios corresponde al Internado, último periodo de formación, que tiene carácter anual cronológico, desarrollándose tanto en el campo hospitalario como en el comunitario, con seis meses de duración cada uno.

C. POBLACIÓN SUJETO DE ESTUDIO

La población del presente estudio está conformada por 62 estudiantes del cuarto año de estudios. El tamaño de la población es accesible para recolectar los datos, determinando que no fuera necesario trabajar con muestra

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Estudiantes que concluyen el cuarto año de estudios, aptos para iniciar el Internado en el año 2010.
- ✓ Que acepten participar en el presente estudio de investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Aquellos alumnos que no acepten participar en el estudio.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicando la técnica del diferencial semántico.

El instrumento en su constitución física consta de la presentación donde se da a conocer los objetivos de la investigación y se solicita la participación del estudiante. En el área de instrucciones se da las orientaciones para su resolución; se presenta un ejemplo.

En datos generales se considera información relacionada con datos demográficos de los estudiantes.

En datos específicos, el instrumento consta de 7 reactivos, cada reactivo estuvo constituido por 4 factores: evaluación, potencia, actividad y familiaridad y cada uno de ellos por 3 escalas bipolares siendo el total de 12 escalas que conforma cada reactivo. La ubicación de las escalas según su dirección

positiva o negativa así como su pertenencia a los factores se realizó aleatoriamente para cada reactivo. **(Ver anexo A).**

Para el estudio se tomó los adjetivos bipolares de la lista de las 60 escalas bipolares utilizadas en el desarrollo del diferencial semántico en México según los trabajos realizados por Osgood y colaboradores. A su vez, se halló el índice de confiabilidad de las escalas que no figuraban en la lista mencionada.

El instrumento fue sometido a validez a través de juicio de expertos, conformado por 8 profesionales docentes, entre ellos, licenciados en enfermería (5), licenciados en Psicología (2), y Estadista (1). Sus opiniones permitieron realizar los ajustes necesarios al instrumento para su aplicación. Se determinó la validez aplicando la Prueba Binomial **(ver Anexo B).**

En relación a la confiabilidad del Instrumento, se desarrolló la prueba piloto con 10 estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Federico Villareal, población con características similares a la población en estudio.

Se aplicó la fórmula Alfa de Crombach para determinar el coeficiente de confiabilidad del instrumento, obteniéndose 0.98 **(Ver Anexo C).**

E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

Procedimiento para la recolección de datos

Se realizó el trámite administrativo correspondiente con la Dirección de la E. A. P. de Enfermería para obtener la autorización respectiva; a su vez, se coordinó con la docente coordinadora general del Internado, determinando fecha y hora para la aplicación del cuestionario. Se recolectó los datos una hora antes de la reunión general convocada para la distribución de sedes de práctica.

Se aplicó el instrumento en forma simultánea a los estudiantes a quienes se les solicitó previamente su consentimiento. La participación de los estudiantes fue del 95%(62 alumnos), el 5% (3 alumnos) restante fueron aquellos que el día de la recolección estuvieron ausentes.

Entre las actividades para supervisar y coordinar el proceso de recolección de datos se realizó lo siguiente:

En cuanto a la organización y asignación del Trabajo de Campo, la recolección estuvo a cargo de la investigadora y como colaboradora la docente asesora.

La investigadora se encargó de dar las instrucciones para el desarrollo del instrumento así como del esclarecimiento de dudas durante el proceso de recolección de datos. La docente se encargó de la revisión y recepción de los instrumentos desarrollados asignándoles a la vez un número para corroborar

la cantidad de instrumentos aplicados con el número de participantes.

Procesamiento de Datos

Para el procesamiento de datos se elaboró una matriz tripartita (**Ver Anexo D**) en la que se vaciaron los datos recolectados, realizando luego el paloteo lo que permitió cuantificar la información, tanto en forma individual por estudiante como en forma grupal; es decir, permitió obtener el promedio actitudinal individual y grupal.

Para determinar el promedio de la actitud hacia el Internado (constituido por dos reactivos: área hospitalaria y área comunitaria) en cada sujeto de estudio, se realizó lo siguiente:

- En cada reactivo, se agrupó las escalas bipolares según factores evaluación, potencia, actividad y familiaridad.
- Se obtuvo el promedio de cada reactivo, para lo cual se sumó los valores obtenidos en cada escala (según el espacio semántico donde hayan marcado); para luego ser divididos entre el número de escalas bipolares que constituyen cada factor. Luego se sumó los promedios de los cuatro factores y se dividió entre cuatro, obteniendo el promedio del reactivo.
- Habiéndose obtenido el promedio de cada reactivo que constituye el Internado, ambos promedios fueron sumados y divididos entre dos, obteniéndose el

promedio actitudinal de cada estudiante hacia el Internado. **(Ver Anexo E).**

Para determinar el promedio general de la actitud de los estudiantes en conjunto por cada reactivo del Instrumento, se realizó lo siguiente:

- En cada reactivo, se obtuvo los promedios de cada escala bipolar, multiplicando la frecuencia relativa (número de estudiantes que habían marcado en cada espacio semántico) por el puntaje asignado a cada espacio semántico, comprendido entre 1 y 6 según la cercanía al polo negativo o positivo respectivamente. Luego se procedió a sumar todos los valores individuales es decir, los obtenidos por cada sujeto de estudio, para luego ser dividido entre el número total de la población estudiada.
- Se procedió a obtener el promedio de cada factor, sumando los promedios obtenidos en cada escala bipolar y dividido entre el número de escalas bipolares que constituyen el factor.
- Luego se obtuvo el promedio de los cuatro factores cuyo resultado expresa el promedio actitudinal del reactivo. **(Ver Anexo E).**

Presentación de Datos

Los resultados obtenidos se presentan en cuadros y gráficos, éstos últimos constituyen el perfil de las actitudes acorde a la técnica del diferencial semántico. Para la elaboración del perfil las escalas bipolares fueron organizadas en dos columnas, en la izquierda se anotaron las escalas con dirección negativa y en la derecha las escalas con dirección positiva. Asimismo, dichas escalas fueron agrupadas por factores.

En cada perfil se registró el promedio obtenido por cada escala bipolar, cada factor y el promedio general del reactivo.

En cuanto al perfil del reactivo N° 1 “Se acerca el Internado, pensar en ello, me hace sentir, que es una experiencia...” se ha visto por conveniente presentarlo en apéndice.

Se toma la decisión considerando que para el estudio el promedio actitudinal del Internado es producto del promedio actitudinal del área hospitalaria y del área comunitaria que constituyen las dimensiones del Internado, mientras que el perfil del primer reactivo mencionado, indica el sentir global que hace el estudiante del Internado.

F. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Plan de Análisis

La técnica estadística empleada fue la descriptiva: distribución de frecuencias.

Aplicando la técnica del diferencial semántico se obtuvo promedios de cada escala, de cada factor, de cada reactivo, lo

que permitió determinar la dirección e intensidad de las actitudes.

Para la calificación de la actitud en su dirección e intensidad se tuvo en cuenta la siguiente categorización:

DIRECCIÓN	INTENSIDAD	PUNTAJE
RECHAZO	FUERTE	1- 1.99
	MODERADA	2- 2.99
	LEVE	3- 3.99
ACEPTACIÓN	LEVE	4- 4.99
	MODERADA	5- 5.99
	FUERTE	6

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución del presente trabajo de investigación se realizó los trámites administrativos ante la E.A.P Enfermería, instancia que a través de su Comité de Grados y Títulos, lo aprobó, autorizando su ejecución; se obtuvo la resolución de Decanato respectiva.

Para la participación de los estudiantes, se respetó el principio de autonomía, haciéndoles conocer los objetivos, propósito así como el uso que se le daría a los resultados, teniendo libertad de decisión para participar; no hubo presión ni persuasión para su participación. Es así que se solicitó el consentimiento de las (os) alumnos de Enfermería. Se mantuvo el anonimato y la confidencialidad de los datos.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIONES

A. DATOS GENERALES

En relación a la edad, ésta fluctúa entre 19 y 28 años. En su distribución por rangos de edades el 82% (51) tiene entre 19 y 24 años y, el 18%(11) entre 25 y 28 años, lo que caracteriza a la población de estudiantes como mayoritariamente adulto joven. **(Ver Anexo F).**

En relación al sexo, predomina el femenino con el 92% (57) a diferencia de los varones que sólo alcanza el 8% (5). Esta situación responde a la identificación de enfermería como profesión eminentemente femenina. **(Ver Anexo G).**

En cuanto al estado civil, la población estudiantil está constituida, en su gran mayoría, por solteros con el 96%(60); la convivencia y el estado civil casado están representados por 2% (1), respectivamente. **(Ver Anexo H).**

Las características demográficas presentadas permite afirmar que la población estudiantil que participó en el estudio es mayoritariamente joven, de sexo femenino y solteros.

B. DATOS ESPECÍFICOS

B.1. Distribución porcentual de la dirección e intensidad de las actitudes hacia el Internado.

CUADRO 1

Dirección e Intensidad de las actitudes hacia el Internado en los estudiantes del 4 to año de la E.A.P. Enfermería- UNMSM, 2009.

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES		ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	
		Nº	%
ACEPTACIÓN	Fuerte	0	0
	Moderado	3	5
	Leve	35	56
RECHAZO	Leve	23	37
	Moderado	1	2
	Fuerte	0	0
	Total	62	100

En el cuadro 1 se aprecia que en la mayoría de los estudiantes, representada por el 56%(35), su actitud hacia el Internado es de aceptación con intensidad leve; escasamente

el 5 %(3) alcanza una aceptación moderada. Sumando ambos porcentajes la aceptación obtiene el 62%(38) estudiantes.

Asimismo, se observa que el 37%(23) de los estudiantes presenta una actitud con dirección de rechazo e intensidad leve, y sólo el 2 % (1) muestra dirección de rechazo con intensidad moderada.

Esta situación es preocupante para el desenvolvimiento de estos futuros Internos, considerando que las actitudes pueden ser predictores del comportamiento tal como lo afirma Myers; las actitudes pueden predecir la conducta; por ejemplo cuando la actitud es específicamente relevante como en este caso, el Internado, como última etapa de formación. Se puede considerar que el futuro Interno frente a experiencias que le demande el Internado y que no se sienta seguro en sus conocimientos, habilidades y destrezas, las va a evadir, se alejará de ellas o las va a enfrentar y del apoyo que reciba dependerá que el conflicto disminuya y de manera progresiva su actitud se torne positiva. Es evidente que juega un rol importante el soporte que brinde el servicio con su personal, recursos, así como el soporte específico de la enfermera tutora.

Es necesario mencionar que estas actitudes, en su formación, son producto, sobre todo, de las experiencias de aprendizaje vividas durante los cuatro años de estudios que anteceden al Internado, siendo considerada por ello actitudes firmes; y tal como refiere Millar y Millar, 1996, las actitudes firmes son mejores predictores del comportamiento.

La situación que se observa lleva a la reflexión ya que el rechazo de intensidad leve, se podría tornar a moderado o fuerte. Existe mayor probabilidad que una actitud de rechazo, si no hay intervención para modificarla, se intensifique en su negatividad. Según el componente reactivo de la actitud (Krech y Otros, 1972) si la actitud hacia el objeto es negativa, habrá una tendencia a rechazarlo por lo que la persona se alejará del objeto actitudinal. En este caso, los estudiantes al rechazar al Internado, se alejarán de él constituyéndose en una experiencia no bienvenida, que genera temor, estrés, angustia, lo que favorece que la adaptación a este último periodo formativo sea traumática.

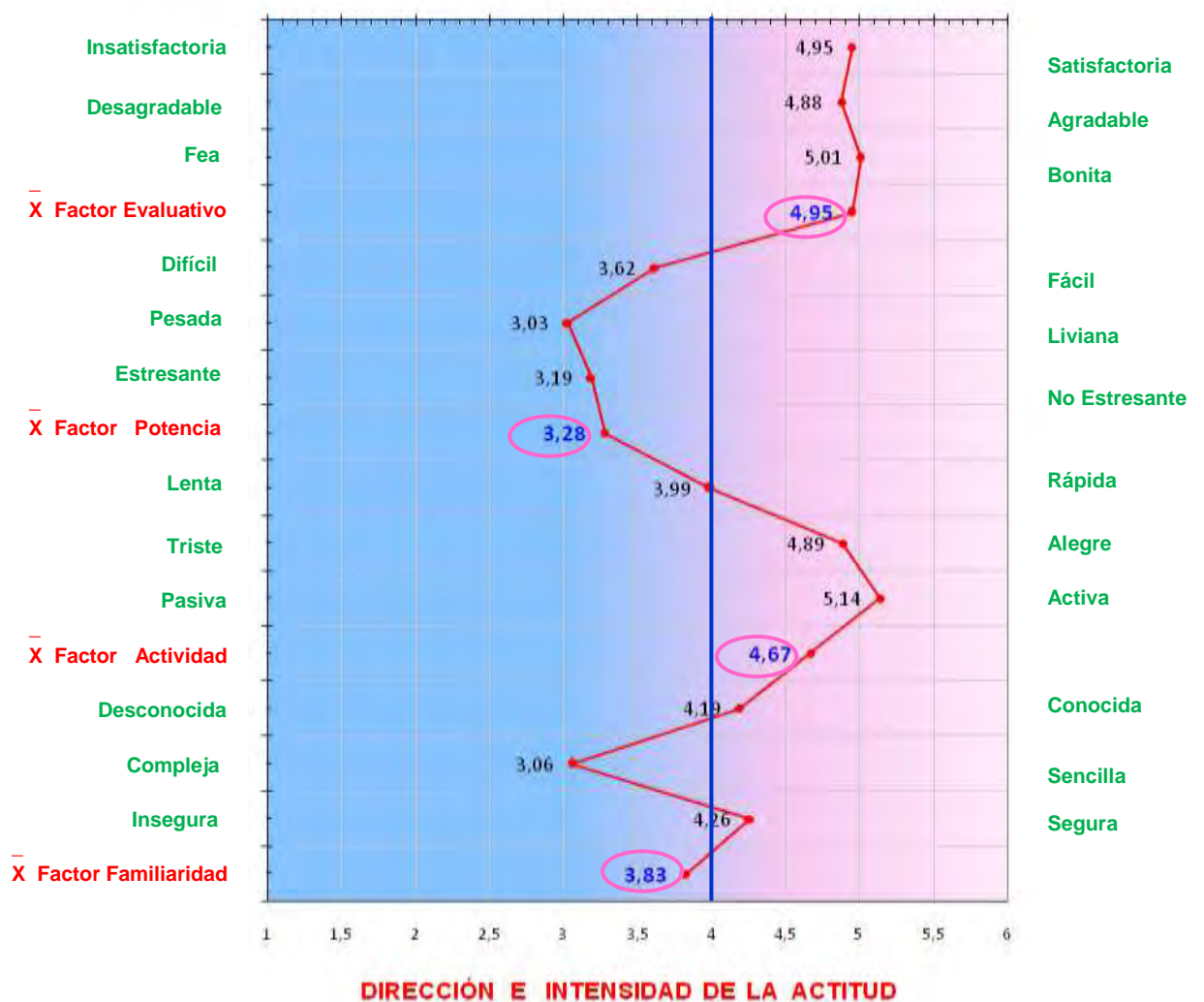
Se puede apreciar que la intensidad de las actitudes, en ambas direcciones, de aceptación y rechazo, es leve y que a pesar que el mayor porcentaje es de aceptación, por su intensidad leve se encuentra muy cerca al rechazo leve. ¿Qué es lo que está sucediendo con los pre internos?; ellos se encuentran en una situación de conflicto, se esperaría una intensidad en su mayoría de moderada a fuerte para aquellas actitudes con dirección favorable situación no dada, e aquí pues el rol importante de la E.A.P Enfermería de poder fortalecer estas actitudes, y a su vez direccionar las actitudes de rechazo hacia la aceptación, para el mejor desenvolvimiento de los pre internos durante su Internado.

B.2. Perfil de las actitudes hacia el Internado

GRÁFICO 1

$\bar{X} = 4.19$

Dirección e Intensidad de las Actitudes hacia el Internado, en los estudiantes del 4to año de la E.A.P. de Enfermería-UNMSM, 2009.



Dirección

Rechazo → Aceptación

Intensidad

Fuerte: 1 - 1.99 Moderada: 2 - 2.99 Leve: 3 - 3.99

Leve: 4 - 4.99 Moderada: 5 - 5.99 Fuerte: 6

\bar{X} = Promedio

Los perfiles que a continuación se presenta, grafican los promedios obtenidos por la totalidad de estudiantes en cada escala, en cada factor y por ende, en el reactivo que responde al título del gráfico.

El presente gráfico representa el promedio de los siguientes reactivos: área hospitalaria y área comunitaria, ya que ambos constituyen el Internado.

El promedio obtenido, tal como se observa, es de 4.19, puntaje que según la tabla de categorización de la actitud, indica una actitud de aceptación con intensidad leve; es decir, la actitud del estudiante hacia el Internado es de aceptación leve, se reafirma gráficamente lo expresado en el cuadro 1 donde se presenta la frecuencia de estudiantes según dirección e intensidad de las actitudes hacia el Internado.

Al análisis del perfil por factores, se tiene que el **factor evaluativo** obtiene un promedio de 4.95 lo que indica una dirección de aceptación con intensidad leve, teniendo en cuenta que no llega a 5 puntos para ser considerada como intensidad moderada, pero se encuentra muy próxima a ésta.

Los promedios obtenidos en las escalas que conforman el factor evaluativo fluctúan de 4.88 a 5.01. De las tres escalas, es la “desagradable-agradable” la que obtiene el menor puntaje, seguida por la escala “insatisfactoria-satisfactoria” y la que tiene el mayor puntaje es la de “fea-bonita”; esto permite afirmar que para los futuros internos el Internado es una experiencia

ligeramente agradable, ligeramente satisfactoria, y bastante bonita.

En cuanto al promedio del **factor potencia** obtiene 3.28 de promedio y las escalas que lo integran obtienen de 3.03 a 3.62 puntos lo que determina que este factor tenga una dirección de rechazo con una intensidad leve, teniéndose al Internado como una experiencia ligeramente difícil, ligeramente estresante y ligeramente pesada, siendo esta última la de menor promedio con proximidad a la intensidad moderada.

El promedio del **factor actividad** es de 4.67 lo que indica una aceptación leve, situación similar que ocurre con la escala: “triste-alegre” con 4.89 de promedio; mientras que la escala “pasiva-activa” con un promedio de 5.14 indica aceptación moderada y la escala “lenta-rápida” con un promedio de 3.99 indica un rechazo leve pero se encuentra muy cercana a una aceptación leve.

Estos resultados indican al Internado como una experiencia ligeramente alegre, bastante activa y ligeramente lenta.

Al evaluar el **factor familiaridad** éste presenta un promedio de 3.83 lo que indica una dirección de rechazo con intensidad leve.

Observando los promedios de sus escalas bipolares, el ser “desconocida - conocida” e “insegura-segura” tienen promedios de 4.19 y 4.26 respectivamente, lo que las coloca en el campo de aceptación, con intensidad leve para ambas. La escala “compleja-sencilla” por su promedio de 3.06 tiene una dirección de rechazo pero con una intensidad leve.

Estos resultados indican que para los estudiantes el Internado es considerado, según el factor familiaridad, desde la aceptación, como una experiencia ligeramente conocida, ligeramente segura y desde el rechazo como ligeramente compleja.

De los cuatro factores, se observa que el factor evaluativo como el de actividad obtuvieron promedios que indican aceptación con intensidad leve y más cercana a la intensidad moderada para el factor evaluativo; lo que deja entrever que los estudiantes evalúan al Internado positivamente y sienten que es una experiencia activa que los movilizará ya que tendrán que asumir el rol de enfermero y con ello todas las actividades que se contempla en las competencias del sílabo del Internado.

Por otro lado, los promedios del factor de potencia como el de familiaridad indican una actitud de rechazo con intensidad leve. Esto se ve reflejado en lo siguiente: para los estudiantes, el Internado es una etapa donde realizarán múltiples actividades, a tal punto que se podría tornar en una situación bastante pesada, bastante estresante deduciendo que hay algunos factores que estarían influyendo para que dicha experiencia ya la estén calificando así y ¿Conocerán lo que es el Internado? ¿Cómo se desarrolla? es que lo que escuchan es negativo... porque así lo vivencian los Internos en ejercicio. A su vez, la califican con un sentir negativo ya que es considerada como ligeramente difícil, condicionando así que su desenvolvimiento sería lento por las habilidades que faltaría potenciarse en los estudiantes presentándose un grado de

dificultad en su actuar para los estudiantes, lo que condiciona que el alumno no se sienta bastante o muy seguro ,ya que si hubiera adquirido con fortaleza los conocimientos y habilidades durante los cuatro años de estudios; al aplicarlos en el Internado dicha experiencia no la considerarían con un sentir negativo tanto en la fuerza como en la familiaridad, situación que se encontraría con una aceptación pero con intensidad de moderada a fuerte hacia el Internado así como en el promedio del factor, escala y por ende en el reactivo.

Los datos permiten afirmar que los estudiantes consideran que el Internado es una experiencia bastante bonita, ligeramente agradable, ligeramente satisfactoria, ligeramente alegre, bastante activa así como ligeramente segura y ligeramente conocida; ésta última tiene el menor promedio de intensidad; todo ello en el campo de la aceptación.

Presentan indecisión en considerarla como una experiencia conocida, aunque si bien se ubica en el campo de la aceptación su cercanía al rechazo es muy próxima.

En el campo del rechazo el Internado es considerado como una experiencia ligeramente pesada, ligeramente estresante, ligeramente difícil, ligeramente compleja, así como ligeramente lenta; encontrándose esta última muy próxima a presentar una dirección de aceptación con intensidad muy leve, mientras que el primer adjetivo bipolar obtuvo el mayor valor de rechazo.

En la formación de actitudes es necesario tener en cuenta que hay fuerzas determinantes que la influyen (Krech y Otros, 1972); entre ellas, el satisfacer las necesidades sentidas. A satisfacciones favorables, es altamente probable que se formen actitudes favorables; de lo contrario, conducirá a la formación

de actitudes desfavorables o de rechazo hacia lo que se desea satisfacer.

En el caso de los estudiantes, sus necesidades están relacionados sobre todo a las de aprendizaje, a fortalecer, incrementar conocimientos; a tener mejores habilidades cognitivas, sociales, emocionales, entre otros; adquirir, fortalecer destrezas en el manejo de equipos al realizar procedimientos necesarios para brindar cuidado. Si para su satisfacción el alumno no encuentra facilidades, apoyo, orientación necesaria en docentes, servicios, personal de salud, acceso a material educativo, otros, que no le permite satisfacer favorablemente su necesidad, es evidente que a lo largo de la formación el alumno acumulará experiencias de aprendizaje que luego tendrá que experimentar en el Internado, y es muy probable, como se presenta en los resultados hallados, que acepten al Internado pero con una intensidad muy leve. Son las situaciones con experiencias traumáticas las que contribuyen con mayor fuerza a la formación de actitudes negativas.

Frente al desconocimiento se genera en el alumno temor, dudas, inseguridad, que obstaculizarán su comportamiento cuando tenga que actuar, en el caso de enfermería, a brindar cuidado.

Lo manifestado y en su relación con los resultados del estudio lleva a preguntar ¿cómo habrán sido las experiencias de aprendizaje?, ¿cómo las han sentido los alumnos? ¿En qué medida y con qué características se ha ido satisfaciendo las necesidades de aprendizaje?, ¿cómo han contribuido en la formación de sus actitudes?, en este caso hacia el Internado. Alumnos seguros de sus conocimientos, de sus habilidades y

destrezas y con información acertada sobre el Internado, es de esperar que sus actitudes hacia esa experiencia sea de aceptación con intensidad fuerte a moderada y no una intensidad cuya fuerza sea débil.

La información que dispone el estudiante sobre el Internado es otra fuerza determinante en su actitud ya que si ésta no es suficiente, ni clara, puede distorsionar la realidad de lo que espera encontrar en esa experiencia. Si los estudiantes han escuchado comentarios negativos acerca del Internado, y así lo manifiestan, es altamente probable que elaboren una realidad falsa y todo ello contribuya al rechazo del Internado o aceptarlo con intensidad leve, más que una aceptación fuerte.

Los promedios obtenidos en el reactivo, factores y escalas invitan a revisar con detenimiento las experiencias de aprendizaje, para su intervención temprana a favor de formar actitudes de aceptación con fuerte intensidad hacia el Internado considerando que éste es el último periodo de formación y donde el alumno expresa en su comportamiento, en su actuar, la experiencia acumulada a lo largo de cuatro años de formación.

B.3. Distribución porcentual de la dirección e intensidad de las actitudes según áreas del Internado.

CUADRO 2

Dirección e Intensidad de las actitudes hacia el área hospitalaria, en los estudiantes del 4 to año de la E.A.P. Enfermería- UNMSM, 2009.

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES		ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	
		Nº	%
ACEPTACIÓN	Fuerte	0	0
	Moderado	3	5
	Leve	31	50
RECHAZO	Leve	24	39
	Moderado	4	6
	Fuerte	0	0
	Total	62	100

A través de los resultados que expone el cuadro, se identifica que un sector mayoritario de alumnos conformado por el 55%(34) tienen actitud con dirección de aceptación hacia el Internado en el área hospitalaria, de los cuales, en el 50%(31) la actitud es de intensidad leve, mientras que sólo en un 5%(3) es moderada. Por otro lado, la dirección de rechazo está conformada por un 45% de los estudiantes, predominando la intensidad leve en un 39%(24), cabe resaltar la presencia de un 6%(4) que presentan una intensidad moderada.

En cuanto a la intensidad leve es la que predomina tanto en el campo de la aceptación como en el de rechazo, a su vez la intensidad moderada es mayor en el campo del rechazo en relación al de aceptación, diferenciándose en un 1%.

No se ha identificado intensidad fuerte en la actitud de los estudiantes.

Estos resultados indican que los futuros internos no se sienten muy fortalecidos para desenvolverse en el área hospitalaria, evidenciándose esto en la mayoría de los estudiantes que presentan una dirección de aceptación con intensidad leve, situación similar en el campo del rechazo. Se hace necesario actuar para lograr fortalecer y direccionar las actitudes de los estudiantes con la finalidad de favorecer que el alumno logre las competencias del área hospitalaria que figuran en el sílabo.

CUADRO 3

Dirección e Intensidad de las actitudes hacia el área comunitaria,
en los estudiantes del 4 to año
de la E.A.P. Enfermería-
UNMSM, 2009.

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES		ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	
		Nº	%
ACEPTACIÓN	Fuerte	0	0
	Moderado	15	24
	Leve	29	47
RECHAZO	Leve	18	29
	Moderado	0	0
	Fuerte	0	0
	Total	62	100.0

Se identifica que el 71%(44) de los estudiantes presentan una actitud con dirección de aceptación hacia el Internado en el área comunitaria predominando la intensidad leve en el 47%(29); mientras que la intensidad moderada está representada por un 24%(15). A su vez, un 29%(18) presentan una actitud con dirección de rechazo. No se encontró intensidad moderada ni fuerte en el campo del rechazo.

En la mayoría de los estudiantes las actitudes hacia el área comunitaria tienen una intensidad leve perteneciente al campo de la aceptación, situación que también se presenta en el campo del rechazo.

Esto deja entrever que a pesar de haber identificado un mayor porcentaje de alumnos que aceptan, se debe poner énfasis en ese sector minoritario que representa un rechazo leve para que se de una intervención y con ello se evite que incremente la intensidad haciéndose más negativa, reorientándolas al campo de la aceptación con intensidad moderada a fuerte.

Se aprecia que los futuros Internos tienen una mayor predisposición de aceptación por el área comunitaria con una diferencia del 16% (10) en relación al área hospitalaria. Esto se reafirma al haberse identificado que la intensidad moderada predomina con 19%(12) de diferencia en relación al área hospitalaria.

En cuanto a la dirección de rechazo como es de esperarse en base a los resultados mencionados, esta dirección predomina en el área hospitalaria con una diferencia de un 16%(10) en relación al área comunitaria, ¿Qué factores influyen en el desarrollo de esta diferencia encontrada en ambas áreas del Internado? A su vez, se identificó intensidad moderada en el campo del rechazo para el área hospitalaria situación no presentada en el área comunitaria.

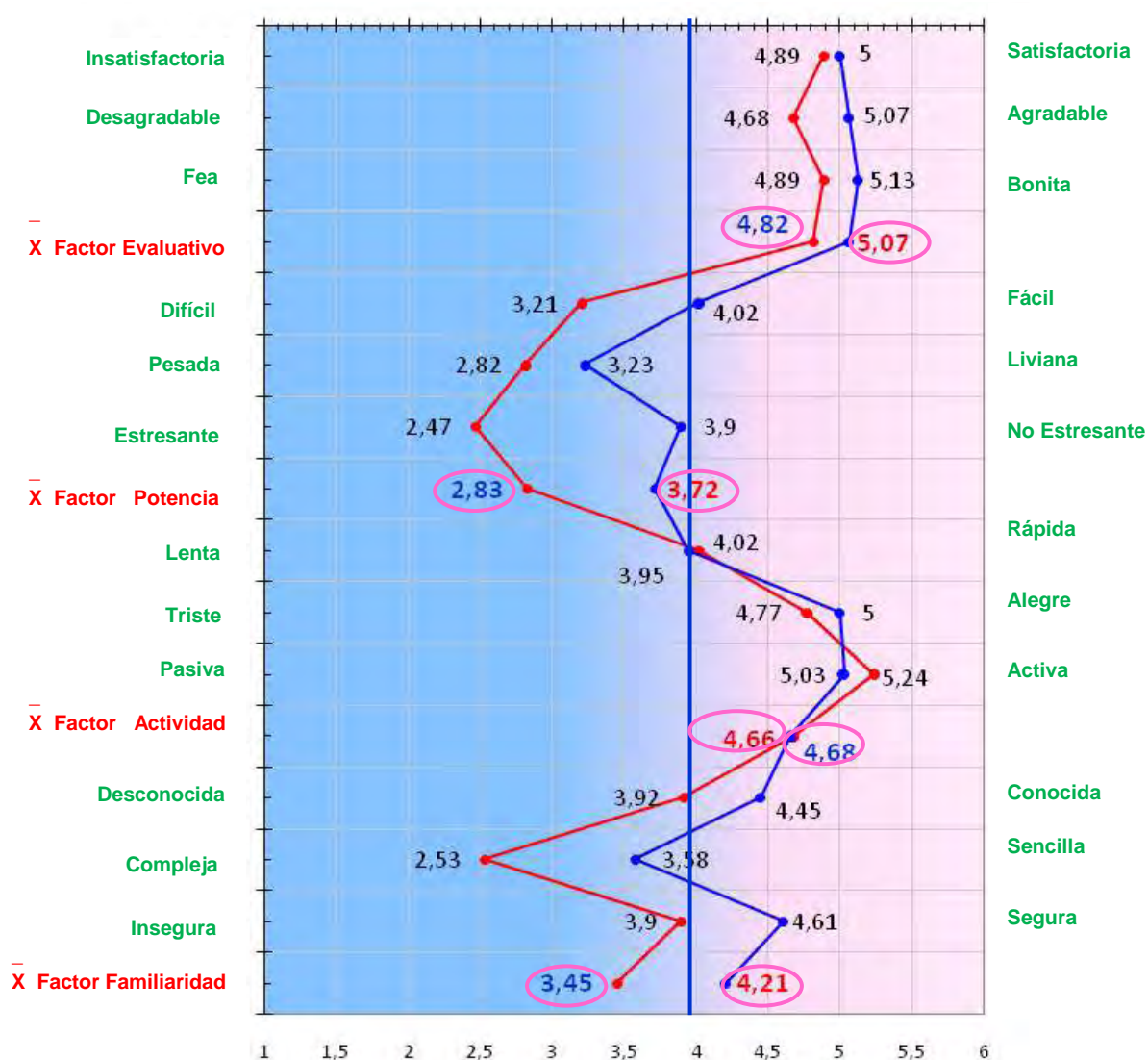
Todos estos datos se plasman en los promedios generales obtenidos para ambas áreas habiéndose encontrado una aceptación leve para el área comunitaria, mientras que el promedio del área hospitalaria fue de rechazo leve con proximidad al campo de aceptación leve.

B.4. Perfil de las actitudes hacia el Internado según áreas: hospitalaria y comunitaria.

GRÁFICO N 2

$\bar{x} = 3.95$ $\bar{x} = 4.42$

Dirección e Intensidad de las actitudes hacia el área hospitalaria y comunitaria, en los estudiantes del 4to año de la E.A.P. de Enfermería - UNMSM, 2009.



DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LA ACTITUD

Dirección	Intensidad		
Rechazo	Fuerte: 1 - 1.99	Moderada: 2 - 2.99	Leve: 3 - 3.99
Aceptación	Leve : 4 - 4.99	Moderada: 5 - 5.99	Fuerte: 6
\bar{X} = Promedio	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Área Hospitalaria Área Comunitaria </div>		

Se decide presentar ambas áreas la hospitalaria y la comunitaria en un sólo gráfico ya que permite observar con mayor visibilidad las semejanzas y diferencias en los promedios generales de los factores y de las escalas.

Realizando el análisis de ambos perfiles, se observa que el promedio actitudinal para el área hospitalaria es de 3.95 lo que indica una dirección de rechazo con intensidad leve, aunque el promedio se encuentra muy próximo a indicar una dirección de aceptación; ya que sólo lo diferencia 0.05; su intensidad sería leve.

En cambio el promedio del área comunitaria es de 4.42 lo que indica que la dirección es de aceptación aunque de intensidad leve.

Esta diferencia de los promedios según áreas, revela que hay una mayor aceptación, inclinación, predisposición positiva hacia el área comunitaria del Internado en relación al área hospitalaria. ¿A qué se deberá esta diferencia entre ambas áreas del Internado? ¿Será la connotación de considerar al cuidado hospitalario como más complejo en relación al cuidado comunitario? ¿Esto determina que se acerquen más al área comunitaria? ¿Qué razones atribuyen los alumnos?

Hay varias situaciones por las que se forman las actitudes, entre ellas, la acumulación y la integración de numerosas experiencias relacionadas entre sí. Por ejemplo, si el alumno durante los 4 años de formación previos al Internado, ha estado en contacto, en su mayoría, con experiencias positivas en el área comunitaria y la situación es distinta para el área hospitalaria en la que probablemente el estudiante ha

vivenciado experiencias desagradables en su interrelación con docentes, personal de salud, la dirección de la actitud va a ser distinta en su dirección e intensidad hacia dichas áreas. Se puede agregar a ello las situaciones o experiencias dramáticas vividas, como por ejemplo, durante el desarrollo de procedimientos invasivos, no invasivos, al cuidar a pacientes en situación crítica, de emergencia, experiencias frente al paciente moribundo, otros, generando en el alumno temor, inseguridad, si es que la experiencia de aprendizaje no ha sido efectiva; dicha experiencia imprime un sello afectivo en el alumno contribuyendo a la formación de actitud probablemente de rechazo.

Referente al promedio del **factor evaluativo** para ambas áreas, indica una dirección de aceptación pero con diferente intensidad; para el área hospitalaria el promedio del factor evaluativo es de 4.82 lo que muestra que su dirección es de aceptación con intensidad leve, cercana a la moderada. El promedio del factor evaluativo para el área comunitaria es de 5.07 indicando una aceptación con intensidad moderada, evidenciándose una vez más que existe un mayor sentir positivo por el área comunitaria en relación al área hospitalaria.

En cuanto a los promedios de las escalas bipolares que conforman al factor de evaluación, se tiene que para ambas áreas del Internado los promedios indican una dirección de aceptación, encontrándose una diferencia en la intensidad siendo más fuerte para el área comunitaria, es decir, moderada, mientras que en el área hospitalaria sus escalas bipolares presentan una intensidad leve.

En el área hospitalaria los promedios de las escalas bipolares fluctúan entre 4.68-4.89, siendo la escala con menor puntaje la de “desagradable-agradable”, mientras que las otras escalas “insatisfactoria-satisfactoria” y “fea-bonita”, obtuvieron el mayor puntaje de 4.89 situándose muy próximas a una intensidad moderada.

Se afirma que el estudiante siente que la experiencia del Internado en su área hospitalaria es ligeramente agradable, ligeramente satisfactoria y ligeramente bonita; hay aceptación leve, cercana a la moderada.

En relación al área comunitaria, en el factor evaluativo, el promedio de las escalas se sitúan entre 5 - 5.13 puntos, lo que indica que su dirección es de aceptación con intensidad moderada. Es decir, tiene mayor intensidad que el área hospitalaria.

De las escalas bipolares que conforman el factor, el menor puntaje lo obtuvo la escala “insatisfactoria-satisfactoria” seguida de la escala “desagradable-agradable” con 5.07 puntos y la de mayor puntaje fue para “fea-bonita”.

Esto refleja que el estudiante siente que esta experiencia es bastante satisfactoria, bastante agradable y bastante bonita, ésta última con más fuerza.

Por lo mencionado, se evidencia que la dirección de la actitud para ambas áreas es de aceptación, la diferencia está en la intensidad donde el área comunitaria es más fuerte en su aceptación que la hospitalaria.

Los alumnos tienen una mayor inclinación de aceptación hacia el área comunitaria. ¿Cuál será el eje que motiva a que se desarrolle estas actitudes con diferente dirección tanto para el área hospitalaria como la comunitaria?

En relación al promedio del **factor potencia**, para ambas áreas del Internado indica una dirección de rechazo; en cuanto a intensidad es diferente, así, para el área comunitaria el promedio es de 3.72 lo que indica que es un rechazo con intensidad leve; sin embargo, para el área hospitalaria el promedio es de 2.83 por lo tanto la intensidad del rechazo es moderada, es decir hubo un mayor sentir negativo.

Los promedios de las escalas bipolares que conforman al factor potencia en el área hospitalaria fueron calificados con promedios desde 2.47-3.21, lo que muestra una dirección de rechazo con intensidad desde leve a moderada.

Así, el mayor promedio fue para la escala “difícil-fácil” con 3.21 puntos seguida de la escala “pesada-liviana” con 2.82 puntos y el menor promedio fue de 2.47 para la escala “estresante-no estresante”, es decir la de más rechazo.

Entonces, según el sentir de los estudiantes el área hospitalaria es una experiencia ligeramente difícil, bastante pesada y bastante estresante.

Por otro lado, al observar las escalas que conforman al factor potencia del perfil del área comunitaria también muestran una dirección de rechazo con intensidad leve para las siguientes escalas: “estresante-no estresante” y “pesada-liviana”, cuyos promedios fueron 3.90 y 3.23 respectivamente,

observándose que la primera escala se encuentra muy próxima a tener una dirección de aceptación con intensidad leve. En cuanto a la escala “difícil-fácil” el promedio fue de 4.02 puntos, situándose en la dirección de aceptación con intensidad leve.

Los resultados permiten considerar que el área comunitaria es ligeramente estresante, ligeramente pesada y ligeramente fácil. Se observa que en relación a la escala “difícil-fácil” para el área comunitaria es ligeramente fácil en relación al área hospitalaria que es considerada con un grado de dificultad ligero, esto deja entrever que probablemente el alumno no haya adquirido la experiencia necesaria en ninguna de las dos áreas ya que la intensidad es leve.

Al considerar una situación difícil, ésta será pesada y es lo que se aprecia en los resultados, una mayor intensidad es en el área hospitalaria ya que es considerada por los estudiantes como bastante pesada a diferencia del área comunitaria que es ligeramente pesada.

Y en cuanto a la escala “estresante-no estresante” es de esperar que si el alumno no ha adquirido tanto los conocimientos como habilidades necesarios es por ende que esta situación se torne estresante y con mayor intensidad lo que se observa en el área hospitalaria considerada como bastante estresante en relación al área comunitaria que es ligeramente estresante.

Siguiendo con el análisis del perfil, en cuanto al promedio del **factor actividad**, se obtuvo para ambas áreas la dirección de aceptación con intensidad leve, siendo el puntaje de los promedios para el área hospitalaria y comunitaria de 4.68 y

4.66 respectivamente. Se observa una diferencia mínima de 0.22 lo que indica que de todos modos hay un poco más de actividad en el área hospitalaria, ¿A qué se deberá esa ligera diferencia? Probablemente está en relación a que los estudiantes consideran al área hospitalaria como que demandará más actividad debido a las múltiples actividades que tendrá que desarrollar el futuro Interno cuando se encuentre rotando por los diferentes servicios de hospitalización donde asumirá el rol de enfermero asistencial, a su vez realizará actividades administrativas, de docencia.

En cuanto a las escalas que integran el factor actividad en el área hospitalaria los promedios obtenidos se encuentran entre: 4.02-5.24 indicando que hay una dirección de aceptación con intensidad que va de leve a moderado. La escala que obtuvo el menor puntaje fue “lenta-rápida” con 4.02 seguido de la escala “triste-alegre” con 4.77 puntos y la escala que obtuvo mayor puntaje fue la de pasiva-activa con 5.24 puntos. Por lo tanto esta experiencia es considerada como ligeramente rápida, ligeramente alegre y bastante activa.

En relación a las escalas del factor actividad en el área comunitaria los puntajes se encuentran fluctuando entre 3.95-5.03, lo que muestra que la dirección e intensidad de estas escalas van desde el rechazo leve hasta la aceptación moderada. La escala que obtuvo el menor puntaje fue la escala “lenta-rápida” con 3.95; seguida de la “triste-alegre” con 5 puntos y la “pasiva-activa” con 5.03 puntos; lo que traduce que para los futuros Internos el rotar por el área comunitaria la

consideran una experiencia ligeramente lenta muy cercana a una dirección e intensidad de aceptación leve; a su vez, bastante alegre, así como bastante activa.

De las escalas revisadas pertenecientes al factor actividad se aprecia que el área hospitalaria es una experiencia más rápida y por ende más activa que el área comunitaria, mientras que ésta es considerada por los estudiantes mucho más alegre que el área hospitalaria.

Los promedios del **factor familiaridad** para ambos perfiles según área hospitalaria y comunitaria difieren en dirección, apreciándose que los promedios son de 3.45 y 4.21 respectivamente, dejando apreciar que para el área hospitalaria la dirección es de rechazo con intensidad leve, mientras que para el área comunitaria es de aceptación leve.

Los promedios obtenidos en las escalas bipolares, para el área hospitalaria presentan puntajes que fluctúan desde 2.53 a 3.92 indicando que la dirección e intensidad se sitúa en el rechazo que va de leve a moderado. De las escalas, la que obtuvo el menor puntaje fue “compleja-sencilla” con 2.53 ubicándose en el rechazo con intensidad moderada; seguida de la escala “insegura-segura” con 3.90 y la escala que obtuvo el mayor puntaje fue de “desconocida-conocida” con 3.92 puntos; éstas dos últimas acercándose a la aceptación, es decir a considerarla más conocida que desconocida y más segura que insegura.

Para el área comunitaria, dichos promedios fluctúan entre 3.58-4.61 evidenciándose una dirección e intensidad desde el rechazo leve hasta la aceptación leve. La escala que obtuvo el

menor puntaje es decir, que se ubica en el rechazo leve es la de compleja-sencilla con 3.58, seguida de la escala “desconocida-conocida” con 4.45 puntos y la de mayor puntaje fue la escala “insegura-segura” con 4.61 puntos. Estas dos últimas están en el campo de la aceptación, pero ambas leves. Es así que los estudiantes sienten al área comunitaria como ligeramente conocida, ligeramente segura y ligeramente compleja.

Y ¿A qué se debe el sentir negativo de los estudiantes más por el área hospitalaria que por el área Comunitaria? , recordemos que el Interno no contará con la permanencia de la tutora durante toda su rotación, a su vez, asumirá el rol de enfermero asistencial y le compete ya desenvolverse solo en este campo. Es por ello que probablemente el alumno siente que esta experiencia en el área hospitalaria es bastante compleja, ligeramente insegura así como ligeramente desconocida; tal vez la complejidad del nivel de atención juegue un papel importante en determinar dónde se sentirá más seguro el Interno pero no sólo ello sino la formación académica en cuanto a conocimientos como habilidades que ha ido adquiriendo, esto influirá en el actuar del futuro Interno.

Se aprecia que el alumno se encuentra más familiarizado con el área comunitaria en relación al área hospitalaria puesto que la considera como ligeramente conocida, ligeramente segura aunque esto se traduce en el sentir como ligeramente compleja pues dicha familiaridad no es de intensidad moderada ni mucho menos fuerte.

Por los resultados obtenidos en relación a los factores de evaluación y actividad presentan promedios que indica aceptación con intensidad leve a moderada, mientras que los factores potencia y familiaridad se identifica, al igual que en el perfil de las actitudes hacia el Internado, que sus promedios indican una dirección de rechazo con intensidad leve a moderada con excepción del factor familiaridad en el área comunitaria, que presenta una aceptación muy leve. Traduce que para los alumnos el área comunitaria es más conocida aunque con leve intensidad, que la hospitalaria. Por los resultados el alumno no se siente ni con la fuerza ni la familiaridad sólida hacia el Internado en ninguna de las áreas que lo componen.

Esta situación negativa que se ha encontrado puede estar relacionada con varios factores, entre ellas se menciona a una de las fuerzas determinantes que influyen en el desarrollo de las actitudes: la personalidad; es decir cada estudiante va a aceptar, se inclinará, tendrá una predisposición positiva hacia el objeto actitudinal siempre y cuando se integre con su personalidad (Krech y Otros ,1972).

Si el alumno se siente más atraído por el primer nivel de atención, le gusta estar más en contacto con la comunidad, entonces se inclinará más por el área comunitaria, en cambio si es una persona que la atrae los procedimientos complejos; preferirá estar más en contacto con el área hospitalaria. No se desestima el impacto afectivo que las experiencias de aprendizaje en ambas áreas, han generado en los alumnos a lo largo de la formación. También interviene la información que el

alumno adquiere de forma indirecta de cómo es el Internado en cada área por los Internos en ejercicio, ¿se está considerando la complejidad de cada área? , considerando que el desarrollo de la experiencia en el área comunitaria es menos compleja y por lo tanto ¿se acercarán más a ella?

Sería importante que se realice estudios relacionando la personalidad del alumno con sus actitudes hacia el Internado, según áreas.

B.5. Distribución porcentual de la dirección e intensidad de las actitudes según práctica pre-profesional hospitalaria en los servicios de hospitalización y de emergencia.

CUADRO 4

Dirección e Intensidad de las actitudes hacia la práctica pre-profesional en los servicios de hospitalización que tienen los estudiantes del 4 to año de la E.A.P. Enfermería-UNMSM, 2009.

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES		ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	
		Nº	%
ACEPTACIÓN	Fuerte	0	0
	Moderado	3	4
	Leve	36	58
RECHAZO	Leve	21	34
	Moderado	1	2
	Fuerte	1	2
	Total	62	100

Se aprecia en el presente cuadro que un 62%(39) de los alumnos tiene una actitud con dirección de aceptación, predominando la intensidad leve en un 58%(36).

A su vez, el 4%(3) de los estudiantes presentan una actitud con dirección de aceptación, con intensidad moderada. El campo del rechazo está representado por un 38%(23) en el cual, al igual que en el campo de la aceptación, predomina la intensidad leve con un 34%(21), identificándose intensidad moderada y fuerte, ambas con 2%(1).

Se observa al igual que en los cuadros anteriores que el sector mayoritario de estudiantes presenta una intensidad leve, tanto en el campo de la aceptación como en el de rechazo.

En la aceptación llegan a la intensidad moderada y en el rechazo a la fuerte, aunque en escaso porcentaje, pero se presenta.

La interrogante se centra en ese gran número de alumnos cuyas actitudes tienen una intensidad leve; esto probablemente refleja la dificultad que tendrá el alumno para adaptarse a esta nueva etapa y lleva a reflexionar en la acumulación de experiencias traumáticas o no traumáticas que haya tenido el alumno durante sus prácticas, la información adecuada con la que cuenta el alumno, su personalidad. Esta actitud refleja la interrelación de sus tres componentes: el afectivo ¿cuál es el sentir del estudiante frente a esta nueva experiencia?, lo cognitivo: ¿Cómo el futuro Interno evalúa al Internado? y conductual, ¿Cómo se desenvolverá en el Internado?

CUADRO 5

Dirección e Intensidad de las actitudes hacia la práctica pre-profesional por los servicios de emergencia, en los estudiantes del 4to año de la E.A.P. Enfermería- UNMSM, 2009.

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES		ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	
		Nº	%
ACEPTACIÓN	Fuerte	0	0
	Moderado	2	3
	Leve	23	37
RECHAZO	Leve	32	52
	Moderado	5	8
	Fuerte	0	0
	Total	62	100

La rotación por los servicios de emergencia genera en los futuros Internos, una actitud con dirección de rechazo en un 60%(37), observándose que en un 52%(32) la intensidad es leve, mientras que en un 8%(5) es moderada, no habiéndose identificado rechazo con intensidad fuerte.

El campo de la aceptación está representada por un 40%(25), de los cuales el 37%(23) tiene una aceptación leve, identificando a su vez, que sólo un 3%(2) muestra una intensidad moderada.

Estos resultados afirman que el estudiante al presentar una actitud de rechazo, en la mayoría, su comportamiento probablemente será de alejamiento-distanciamiento al rotar por estos servicios ¿Cómo será el desenvolvimiento del Interno?.

En este campo, de rechazo se presenta una mayor intensidad moderada respecto al campo de la aceptación, lo que deja vislumbrar que probablemente el alumno no se siente apto con las habilidades, destrezas, conocimientos suficientes para poder desenvolverse apropiadamente en un servicio de emergencia, esto, aunado a la connotación propia que tiene los servicios de emergencia por el tipo de atención que ahí se brinda.

Se aprecia que el alumno tiene mayor predisposición de aceptación por la rotación por los servicios de hospitalización diferenciándose en un 22% más de aceptación en comparación con el servicio de emergencia y por ende hay una dirección de aceptación con intensidad moderada que es 1% mayor para la rotación por los servicios de hospitalización en comparación a los servicios de emergencia.

En cuanto al rechazo se observa que predomina en la actitud hacia los servicios de emergencia con un 22% más en relación al porcentaje encontrado en los servicios de hospitalización. Se identifica que hay rechazo con intensidad moderada siendo mayor para la rotación por los servicios de emergencia con un 6% más en relación a la rotación por los servicios de hospitalización.

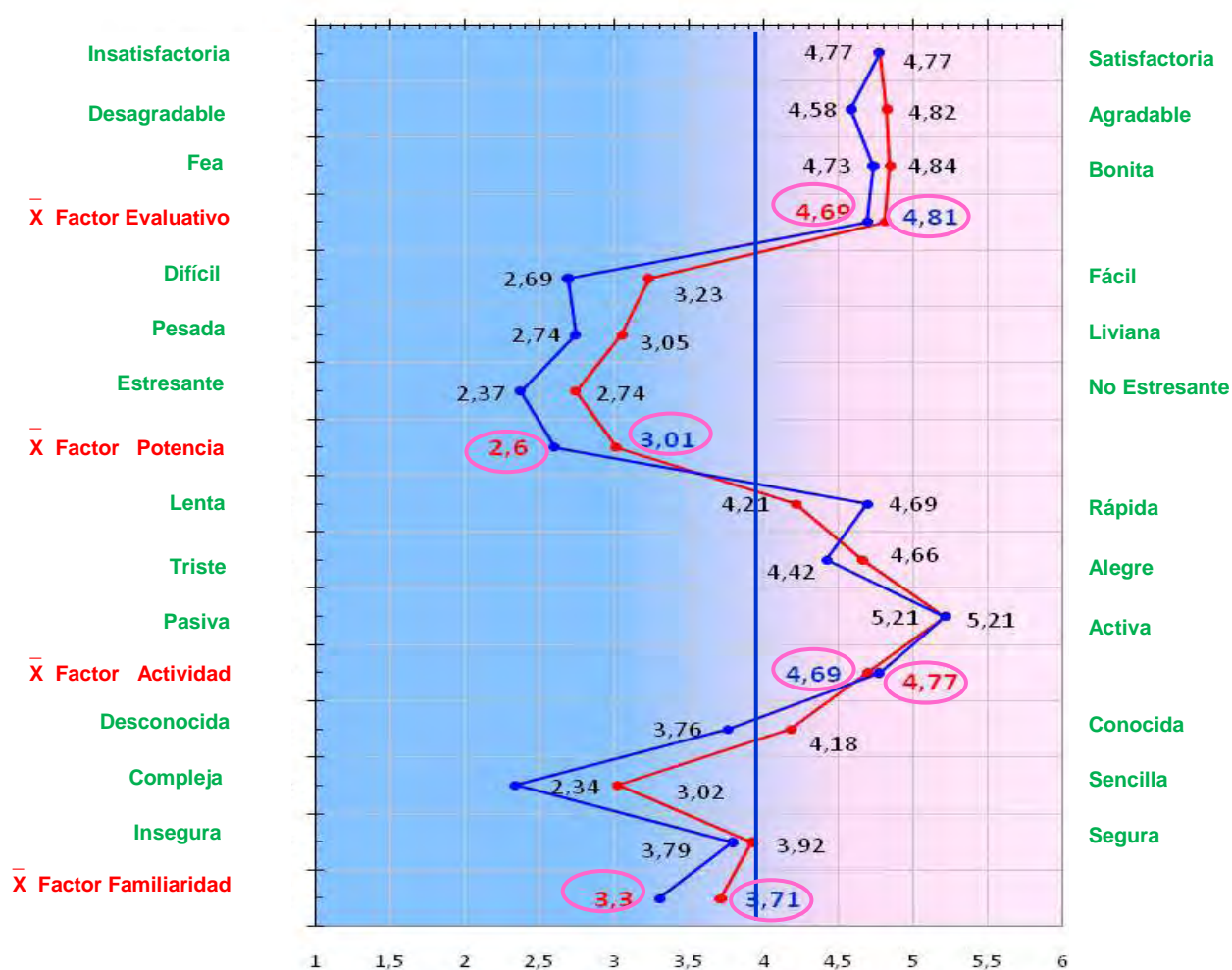
Los resultados hallados se reflejan en los promedios actitudinales generales que se muestran a continuación en los perfiles de la práctica pre-profesional del área hospitalaria.

B.6. Perfil de las actitudes hacia la práctica pre-profesional hospitalaria.

GRÁFICO 3

$\bar{x} = 4.06$ $\bar{x} = 3.84$

Dirección e Intensidad de las actitudes según práctica pre-profesional en los servicios de hospitalización y en los de emergencia, en los estudiantes del 4to año de la E.A.P. de Enfermería-UNMSM, 2009.



DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LA ACTITUD

Dirección		Intensidad		
Rechazo	→	Fuerte: 1 - 1.99	Moderada: 2 - 2.99	Leve: 3 - 3.9
Aceptación	→	Leve: 4 - 4.99	Moderada: 5 - 5.99	Fuerte: 6
\bar{X} = Promedio		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> — = Servicio de Hospitalización — = Servicio de Emergencia </div>		

En el gráfico se observa que respecto a la práctica pre-profesional por los servicios de hospitalización el promedio obtenido es de 4.06, este valor indica una actitud de aceptación con intensidad leve, en comparación con el promedio de la práctica pre-profesional por los servicios de emergencia, que obtuvo un puntaje de 3.84 que indica una dirección de rechazo con intensidad leve.

Esto orienta a reflexionar que el desenvolvimiento del alumno por los servicios de hospitalización no será el más adecuado u óptimo ya que si bien dicha dirección es de aceptación la intensidad no se encuentra moderada ni mucho menos fuerte, es débil. Y en cuanto al desenvolvimiento por los servicios de emergencia la situación es más preocupante.

Las interrogantes surgen ¿por qué en su mayoría los alumnos no muestran una actitud de aceptación con intensidad moderada a fuerte? Será acaso que las actividades realizadas (teórico- prácticas) durante estos cuatro años en el área hospitalaria, no han logrado alcanzar todas las competencias del proceso de enseñanza aprendizaje que el alumno debe de haber cumplido para poder realizar el Internado, eso no le brinda seguridad y se traduce en las actitudes hacia la experiencia del Internado; esta situación se intensifica para el servicio de emergencia.

En cuanto a los factores y sus escalas, en el gráfico se observa que en los servicios de hospitalización el promedio del **factor evaluativo** es de 4.81, valor que indica una dirección de aceptación con intensidad leve que se encuentra muy

próximo a indicar una intensidad moderada. Mientras que el promedio del **factor evaluativo** de las prácticas por los servicios de emergencia indica un menor valor siendo éste de 4.69 lo que señala que también se ubica en la aceptación pero de menor intensidad en comparación con la práctica por los servicios de hospitalización.

En relación a las escalas bipolares del factor evaluativo de las prácticas por los servicios de hospitalización, se tienen valores que fluctúan desde 4.77 a 4.84, el mayor valor lo obtuvo la escala “fea- bonita” con 4.84 puntos, seguido de la escala “desagradable-agradable” con un puntaje de 4.82, mientras que la escala “insatisfactoria-satisfactoria” fue la que obtuvo el menor puntaje, siendo éste de 4.77. Todas estas escalas presentan una dirección de aceptación con una intensidad leve, apreciándose que las prácticas por los servicios de hospitalización son consideradas por los estudiantes como experiencia ligeramente bonita, ligeramente agradable y ligeramente satisfactoria.

Respecto al perfil de las actitudes de las prácticas por los servicios de emergencia se observa una situación parecida con el perfil de las prácticas por los servicios de hospitalización; así, el promedio de las escalas bipolares indican una dirección de aceptación con intensidad leve. La diferencia está en que los puntajes son un poco menor en relación a las escalas que conforman al factor evaluativo del perfil de las prácticas por los servicios de hospitalización; habiéndose encontrado puntajes comprendidos desde 4.58 hasta 4.77, identificándose que el menor promedio lo obtuvo la

escala “desagradable-agradable” con 4.58; seguido de la escala “fea-bonita ” con un promedio de 4.73, mientras que el promedio mayor se encontró en la escala “insatisfactoria-satisfactoria” con 4.77 puntos. Se evidencia que los alumnos sienten que esta experiencia es ligeramente satisfactoria, ligeramente agradable y ligeramente bonita; estos promedios tienen menor fuerza que los promedios anteriores, es decir que la práctica por los servicios de emergencia es considerada como menos bonita, a su vez menos agradable e igualmente satisfactoria que los servicios de hospitalización.

En cuanto al promedio del **factor potencia**, para ambas prácticas, indica una dirección de rechazo pero con distintas intensidades, habiéndose encontrado que para el perfil de las prácticas por los servicios de hospitalización el promedio es de 3.01, siendo por lo tanto de rechazo con intensidad leve, cercana a la moderada; mientras que el promedio para las prácticas por los servicios de emergencia fue de 2.6, cuya intensidad es moderada, es decir, de mayor rechazo que para los servicios de hospitalización.

Situación similar ocurre con las escalas que componen dicho factor, todas ellas indican dirección de rechazo. Así se tiene que los promedios de las escalas de la práctica por los servicios de hospitalización fluctúan entre 2.74 a 3.23, de los cuales, el menor promedio lo obtuvo la escala “estresante-no estresante” con 2.74 puntos, la escala “pesada-liviana” obtuvo un promedio de 3.05 y la escala que obtuvo el mayor puntaje fue la de “difícil-fácil” con 3.23. Los datos dejan entrever que el alumno siente que esta experiencia de la práctica por los

servicios de hospitalización es bastante estresante, ligeramente pesada, así como ligeramente difícil.

En cuanto a la práctica pre-profesional por los servicios de emergencia los promedios de las escalas bipolares varían entre 2.37-2.74, lo que indica una dirección de rechazo con intensidad moderada; siendo la escala de menor puntaje la de “estresante-no estresante” con 2.37 puntos seguido de la escala “difícil-fácil” con 2.69 puntos y la de mayor puntaje fue la escala “pesada-liviana” con 2.74. Es así que el alumno considera que el rotar por los servicios de emergencia es una experiencia bastante estresante, bastante difícil y bastante pesada.

Se aprecia por los resultados que los alumnos sienten que al rotar por los servicios de hospitalización como por los servicios de emergencia será una situación estresante, pesada y difícil pero es mucho más estresante, más pesada y más difícil para las prácticas por los servicios de emergencia en relación con la práctica por los servicios de hospitalización.

Al ser considerada dicha experiencia como estresante, pesada y difícil probablemente haya habido experiencias que el alumno ha vivenciado para poder presentar dicha actitud negativa y sobre todo con un mayor sentir negativo para el área de emergencias.

Es de esperar que frente a estas experiencias el comportamiento de los alumnos sea más de huida, de no acercamiento y como de todas maneras tiene que afrontarlas experimentará con más fuerza el sentirla estresante, difícil, pesada. Se refirma la necesidad de apoyo, soporte al alumno

para que lo que es rechazo se torne a aceptación y la experiencia sea vivida de manera más satisfactoria, en beneficio de la formación y fortalecimiento de sus competencias.

En cuanto al promedio del **factor actividad**, en ambas áreas, es de dirección de aceptación con intensidad leve; así, se tiene que el promedio de la práctica por los servicios de hospitalización es de 4.69; mientras que el promedio de la práctica por los servicios de emergencia es de 4.77, indicando que esta rotación es considerada más activa que la rotación por los servicios de hospitalización; situación que responde a la naturaleza del servicio.

Referente al promedio de sus escalas para ambos perfiles, la dirección es de aceptación con intensidad de leve a moderada, lo que a continuación se detalla:

Las escalas bipolares del perfil de la práctica por los servicios de hospitalización obtuvieron un promedio que se sitúan entre 4.21 - 5.21 donde el menor valor la obtuvo la escala “lenta-rápida” con 4.21, seguido de la escala “triste-alegre” con 4.66 y la de mayor puntaje la obtuvo la escala “pasiva-activa” con 5.21 puntos; es decir, dicha experiencia es considerada como ligeramente rápida, ligeramente alegre así como bastante activa.

El promedio de las escalas bipolares del perfil de la práctica por los servicios de emergencia fluctúan desde 4.42- 5.21 donde el menor puntaje fue para la escala “triste-alegre” con 4.42 seguida de la escala “lenta-rápida” con 4.69 y la de mayor puntaje fue la escala “pasiva-activa” con 5.21.

Es así que los estudiantes sienten que la rotación por los servicios de emergencia es ligeramente alegre, ligeramente rápida y bastante activa.

En comparación con la rotación por los servicios de hospitalización esta experiencia es considerada mucho más rápida, un poco menos alegre e igualmente activa. Estas diferencias dan a conocer que los alumnos sienten que las actividades a desarrollar en un servicio de emergencia demanda mayor rapidez, esto en relación al estado crítico de salud que atraviesa la persona, por lo que dicha situación, por ende, ha sido evaluada como menos alegre, pero ambas son iguales de activa por las diferentes actividades que el Interno debe realizar en los servicios mencionados.

Respecto al promedio del **factor familiaridad**, en ambos perfiles, es de rechazo con intensidad leve aproximándose a una aceptación muy leve, siendo el promedio de 3.71 para la práctica por los servicios de hospitalización, y de 3.3 para el servicio de emergencia. Esto deja entrever que los alumnos se sienten un poco más familiarizados por las rotaciones por los servicios de hospitalización en comparación a la rotación por los servicios de emergencia.

En cuanto a las escalas bipolares del factor familiaridad se observa que la mayoría presenta un promedio que indica dirección de rechazo con intensidad leve. Así, se tiene que el promedio de las escalas del perfil de las prácticas por los servicios de hospitalización fluctúan entre 3.02 - 4.18; donde el menor promedio lo obtuvo la escala “compleja-sencilla” con

3.02; seguida de la escala “insegura-segura” con 3.92 puntos y la escala que obtuvo el mayor puntaje fue la de “desconocida-conocida” con 4.18. Todo ello indica que la experiencia es evaluada por los alumnos como ligeramente compleja, ligeramente insegura y ligeramente conocida.

Los promedios de las escalas bipolares del perfil de la práctica pre-profesional por los servicios de emergencia se encuentran entre 2.34 - 3.79 apreciándose que dichos promedios indican desde el rechazo leve a moderado; así tenemos que es bastante compleja con un promedio de 2.34, así como ligeramente desconocida con un promedio de 3.76 y ligeramente insegura con promedio de 3.79.

Se afirma que el rotar por los servicios de emergencia es considerada una experiencia mucho más compleja, mucho más insegura así como más desconocida que la experiencia al rotar por los servicios de hospitalización, la cual es considerada como menos compleja e insegura, así como ligeramente conocida.

Estos perfiles vislumbran que los alumnos no se sienten familiarizados y por ende se deduce que no se encuentran fuertes para responder a todas las actividades que tenga que realizar como Interno durante sus prácticas por los servicios de hospitalización, y mucho menos por los servicios de emergencia. Por ello, es que se aprecia el rechazo en los factores potencia y familiaridad.

Situación similar se observa en los dos gráficos anteriores para los mismos factores. A su vez, se ha identificado que de las 12 escalas bipolares del perfil de las prácticas por los servicios de

hospitalización, 5 de ellas, presentan una dirección de rechazo, mientras que para el perfil de las prácticas por los servicios de emergencia la dirección de rechazo se presenta en la mitad de las escalas bipolares, es decir en el 50%. Hay que tener en cuenta estos factores que se plasman en los componentes de las actitudes afectando por ende a cada uno de ellos al componente afectivo, cognitivo y conductual, recordando que la actitud según Kresh y otros (1972) se encuentran estructuradas en las interrelaciones y vinculación de los tres componentes.

Por lo mencionado la Escuela debe actuar sobre las actitudes en cuanto a sus características, es decir, tanto en su dirección como intensidad para que no se desencadene un alejamiento que puede tornarse de leve a moderado incluso, llegar a ser fuerte; es lo que se predice por la actitud que presentan los futuros Internos.

B.7. Distribución porcentual de la dirección e intensidad de las actitudes según práctica pre-profesional comunitaria en el ámbito intramural y extramural.

CUADRO 6

Dirección e Intensidad de las actitudes hacia la práctica pre-profesional comunitaria en el ámbito intramural, en los estudiantes del 4to año de la E.A.P. Enfermería-UNMSM, 2009.

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES		ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	
		Nº	%
ACEPTACIÓN	Fuerte	0	0
	Moderado	17	27
	Leve	34	55
RECHAZO	Leve	11	18
	Moderado	0	0
	Fuerte	0	0
	Total	62	100

En el presente cuadro se aprecia que el 82%(51) de los estudiantes tienen actitud de aceptación hacia la práctica pre-profesional comunitaria en el ámbito intramural, siendo mayoritariamente leve; sólo en el 27%(17) es de intensidad moderada. En cuanto a la dirección de rechazo con intensidad leve está representada por un 18%(11) de estudiantes. No se encontró intensidad moderada, ni fuerte en este campo.

Una vez más se ha identificado que en el sector mayoritario de la población estudiantil, la actitud es de intensidad leve, habiéndose encontrado sólo intensidad moderada para el campo de la aceptación.

Esto refleja que los estudiantes presentan una mayor inclinación, aceptación por el área comunitaria y por ende hacia sus rotaciones. Esto se aprecia en la rotación por el ámbito intramural, en comparación a las rotaciones en el área hospitalaria, ya que se ha encontrado un mayor porcentaje de aceptación con intensidad moderada para el área comunitaria así como en sus rotaciones que la componen.

¿Por qué el sentir positivo de los alumnos es más fuerte por el área comunitaria?

CUADRO 7

Dirección e Intensidad de las actitudes hacia la práctica pre-profesional comunitaria en el ámbito extramural, en los estudiantes del 4 to año de la E.A.P. Enfermería-UNMSM, 2009.

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES		ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	
		Nº	%
ACEPTACIÓN	Fuerte	0	0
	Moderado	14	23
	Leve	30	48
RECHAZO	Leve	18	29
	Moderado	0	0
	Fuerte	0	0
	Total	62	100

Se observa que en el campo de la aceptación hay un 71% (44) estudiantes quienes presentan una actitud con dicha dirección, predominando la intensidad leve en el 48%(30), seguido de la intensidad moderada en el 23%(14) de estudiantes.

Por otro lado, se observa que un 29%(18) de los estudiantes muestran una actitud con dirección de rechazo con intensidad leve, no encontrándose intensidad moderada ni fuerte al igual que en el cuadro anterior.

Una vez más se ha identificado que la mayor concentración de la intensidad de las actitudes de los estudiantes está siendo leve, tanto para el campo de la aceptación como en el de rechazo.

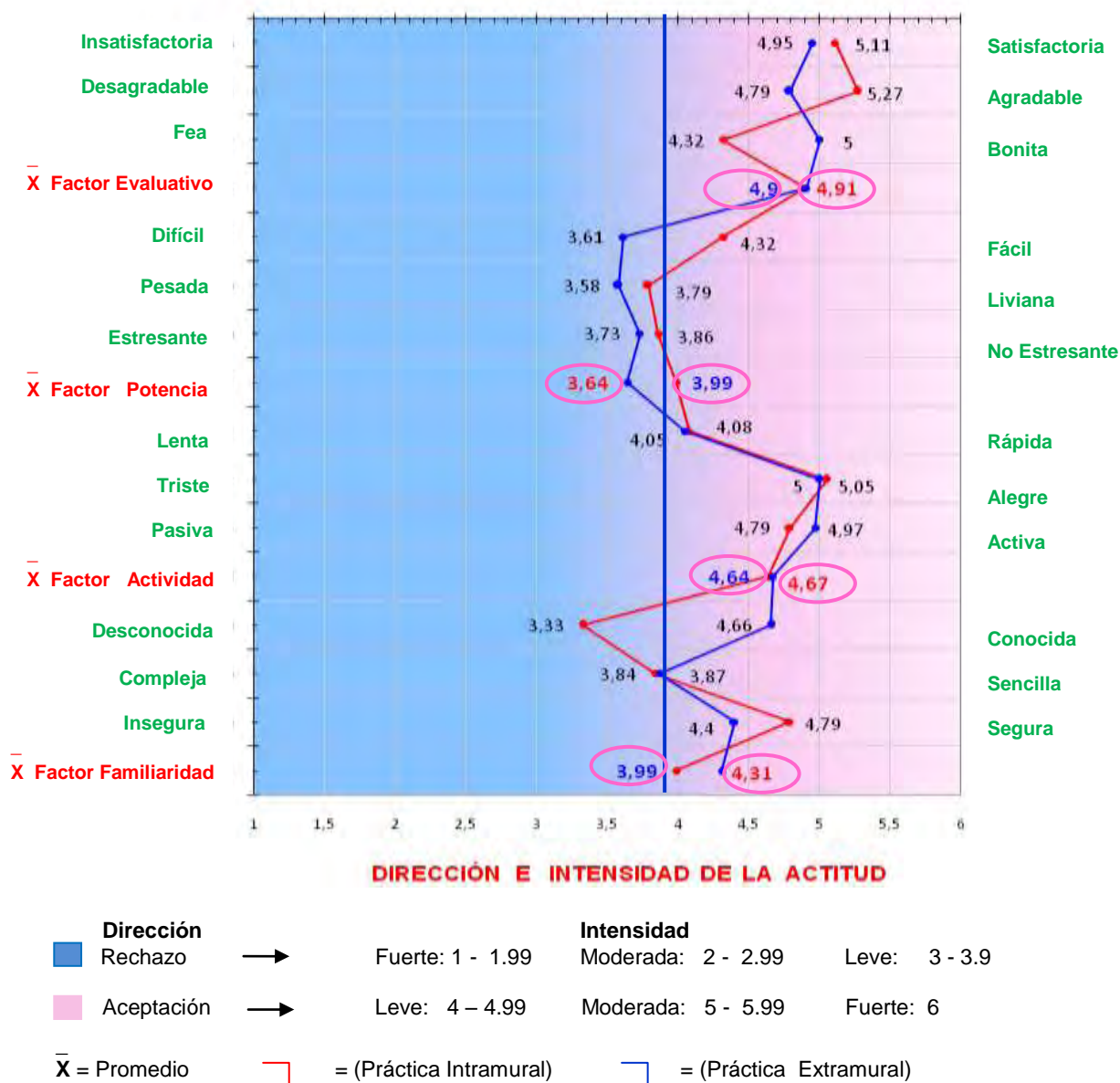
En comparación al cuadro anterior hay una mayor aceptación por el ámbito intramural evidenciándose esto en una diferencia del 11% respecto a la rotación por el ámbito extramural.

Esta situación encontrada amerita que la E.A.P. de Enfermería intervenga para poder fortalecer esa intensidad leve identificada en las actitudes de los estudiantes hacia el Internado así como en sus áreas que lo componen, esperándose que las actitudes dentro del campo de la aceptación cuya intensidad es leve se tornen de moderada a fuerte, y para aquellas actitudes con dirección de rechazo modificarlas para que se tornen al campo de la aceptación.

B.8. Perfil de las actitudes hacia la práctica pre-profesional comunitaria.

GRÁFICO 4 $\bar{x} = 4.380$ $\bar{x} = 4.383$

Dirección e Intensidad de las actitudes según práctica pre-profesional comunitaria en el ámbito intramural y extramural, en los estudiantes del 4to año de la E.A.P. de Enfermería-UNMSM, 2009.



El promedio obtenido en ambos perfiles de la práctica pre-profesional comunitaria según ámbito intramural y extramural fue de 4.380 y 4.383 respectivamente, apreciándose una muy ligera diferencia de 0.003 que refleja cierta inclinación hacia las prácticas comunitarias en el ámbito extramural. Prácticamente se puede considerar que son iguales los promedios y con ello afirmar que los estudiantes están evaluando dichas prácticas con la misma dirección e intensidad, vale decir, de aceptación muy leve.

El **factor evaluativo** en ambos perfiles indica una dirección de aceptación con intensidad leve, expresado en el promedio de 4.90 obtenido en el perfil de las prácticas comunitarias en el ámbito intramural, y el 4.91 para las prácticas comunitarias en el ámbito extramural; cabe mencionar que dichos promedios están muy próximos a tener una intensidad moderada.

Las escalas bipolares del factor evaluativo, según el perfil de las prácticas comunitarias en el ámbito intramural, obtuvieron promedios entre 4.32-5.27, lo que determina que la dirección sea de aceptación con intensidad desde leve a moderada.

Los adjetivos reflejan que es una experiencia ligeramente bonita con un promedio de 4.32, bastante satisfactoria con 5.11, así como bastante agradable con un promedio de 5.27.

En cuanto al perfil de las prácticas comunitarias en el ámbito extramural, los promedios de las escalas del factor evaluativo fluctúan entre 4.95-5.00, esto muestra que las

actitudes se sitúan en la dirección de aceptación con intensidad de leve a moderada. Las rotaciones por el ámbito extramural, por el promedio obtenido de 4.95 en la escala “insatisfactoria–satisfactoria”, es considerada como ligeramente satisfactoria y por estar muy cercano al promedio 5.00 su intensidad está próxima a ser moderada. A su vez, dicha experiencia por el promedio obtenido de 5.00 en la escala “fea-bonita” es considerada como bastante bonita y finalmente, en la escala “desagradable-agradable” es considerada como ligeramente agradable por el promedio de 4.79.

Esta diferencia de intensidad encontrada lleva a pensar que para el estudiante le es más bonito el trabajo en campo con la comunidad, realizar visitas domiciliarias, educar a las familias, realizar actividades educativas en las instituciones educativas y/o vaso de leche, comedores populares, entre otros, pero al parecer, tienen más inclinación por lo intramural, por las actividades dentro del centro de salud, lo que es considerado como más agradable y más satisfactorio.

Respecto al **factor potencia**, los promedios para ambos perfiles indican una dirección de rechazo con intensidad leve. Se identificó que el perfil para el ámbito intramural tiene un promedio de 3.99 lo que indica una dirección de rechazo leve pero con una gran proximidad a convertir su dirección en aceptación, pero se mantendría en intensidad leve. Para el ámbito extramural el promedio es de 3.64, es decir, la dirección es de rechazo con intensidad leve.

Las escalas bipolares de este factor en las prácticas intramurales tienen un promedio que fluctúa entre 3.79 - 4.32, es decir, va desde el rechazo leve a la aceptación leve. Dicha práctica es considerada por los estudiantes como ligeramente estresante, esto, al obtener el promedio de 3.86 en la escala “estresante-no estresante”; es ligeramente pesada expresado por el promedio de 3.79 en la escala “pesada- ligera”, así como ligeramente fácil por haber obtenido el promedio de 4.32 en la escala “difícil- fácil”.

Los promedios de las escalas de la práctica en el ámbito extramural se sitúan entre 3.58-3.73 así, para la escala “pesada-liviana” con un promedio de 3.58 , seguido de la escala “difícil-fácil” con 3.61 y la que obtuvo mayor promedio fue la de “estresante-no estresante” con 3.73, lo que afirma que dicha rotación es considerada como ligeramente pesada, ligeramente difícil así como ligeramente estresante.

Estos promedios afirman que la práctica en el ámbito extramural son consideradas por los alumnos como experiencias mucho más pesadas y estresantes por ende mucho más difícil en relación a la práctica intramural.

Los promedios del **factor actividad** tanto para las prácticas intramurales como extramurales, por sus promedios de 4.64 y 4.67 respectivamente, tienen una dirección de aceptación con intensidad leve, apreciándose entre ellas una diferencia mínima en la intensidad.

Los promedios de las escalas del factor actividad para el perfil del ámbito intramural fueron los siguientes: el promedio

mayor es de 5.05 cuya escala es la de “triste-alegre” seguido de la escala “pasivo-activo” con 4.79 y la escala “lenta-rápida” con 4.08. Esto indica que para los estudiantes la práctica en el ámbito intramural es considerada como bastante alegre, ligeramente activa así como ligeramente rápida.

Respecto a los promedios de las escalas bipolares del factor actividad del ámbito extramural se sitúan entre 4.05 - 5.00, indicando una dirección de aceptación con intensidad desde leve a moderada. La escala que obtuvo el mayor puntaje fue la de “triste-alegre” con 5.00 puntos, considerándose por ende como bastante alegre; a su vez, la escala “pasivo-activo” presenta 4.97 puntos lo que indica una mayor proximidad a la intensidad moderada, es decir a ser considerada como bastante activa. El menor promedio obtenido fue de 4.05 para la escala “lenta-rápida” indicando que la práctica extramural es ligeramente rápida.

En cuanto al **factor familiaridad** se aprecia, en ambos perfiles, que sus promedios indican una dirección distinta para cada práctica. Se tiene que el ámbito extramural por su promedio de 4.31 tiene aceptación con intensidad leve, en cambio, el ámbito intramural por su promedio de 3.99 indica rechazo leve, aunque su cercanía al promedio 4,00 lo aproxima a la aceptación leve. Se evidencia mayor disposición de parte de los alumnos a la práctica extramural.

En cuanto a las escalas que componen a dicho factor para el ámbito intramural los promedios oscilan entre 3.33-4.79 es decir, se dirige desde una dirección de rechazo a una de aceptación, ambas con intensidad leve. El promedio mayor es

el de la escala “insegura-segura” con 4.79 lo que indica que la actitud es de aceptación leve pero aproximada a una intensidad moderada; los alumnos la consideran ligeramente segura. La escala “complejo-sencillo” obtuvo un promedio de 3.87 mostrando dirección de rechazo leve; la que obtuvo el menor promedio es la escala “desconocido-conocido” con un 3.33 que también indica rechazo leve.

La práctica por el ámbito intramural es considerada por los alumnos como ligeramente segura, ligeramente compleja y ligeramente desconocida; como se evidencia, las dos últimas están ubicadas en el campo del rechazo.

Para el área extramural los promedios de las escalas se encuentran entre 3.87-4.66, va del rechazo leve a la aceptación leve. La escala con menor promedio es la de “compleja-sencilla” que obtiene 3.87 lo que indica una dirección de rechazo leve considerándola como ligeramente compleja; la escala “insegura-segura” obtuvo un promedio de 4.4 siendo de aceptación leve, por ello se puede afirmar que es considerada como ligeramente segura; la escala de mayor promedio con 4.66 es la de “desconocida-conocida” siendo de aceptación con intensidad leve, es decir ligeramente conocida.

Estos promedios indican que los futuros Internos se sienten no tan seguros en el ámbito extramural por considerarla ligeramente compleja y ligeramente conocida; tal vez esto esté relacionado con las experiencias de aprendizaje teóricas y prácticas recibidas durante los años de estudio. Asimismo y probablemente los alumnos estén considerando que para desarrollar las actividades se desenvolverán solos en la

comunidad, realizando coordinaciones con los agentes claves de los lugares e instituciones donde realizarán sus prácticas, y esto, sin la compañía de sus tutoras. Por otro lado, consideran a la práctica en el ámbito extramural como ligeramente conocida, es decir, se sienten más familiarizados que con la práctica intramural, que como ya se mencionó líneas arriba tiene un rechazo leve.

Es probable que esta situación esté relacionada con el desarrollo de dichas prácticas a lo largo de los estudios donde haya tenido mayor fuerza el ámbito extramural.

La rotación intramural es ligeramente desconocida y ligeramente compleja, pero ligeramente segura, acercándose a una intensidad moderada. Esto quizás se deba a que los alumnos no tienen un conocimiento sólido referente al manejo de las estrategias por las cuales rotarán, sintiéndose más seguros considerando que la enfermera tutora se encuentra en el Centro de Salud y les podrá direccionar y absolver sus dudas.

De todos los factores analizados al igual que en los gráficos anteriores se ha vuelto identificar que el promedio del factor potencia es negativo para todos los reactivos, también se encontró que el promedio del factor familiaridad es negativo para casi todos los reactivos con excepción del tercero y del último en la que se identifica la actitud que tienen los estudiantes hacia el área comunitaria y práctica comunitaria en el ámbito extramural, esto lleva a pensar respecto a la formación académica que recibe el estudiante en el campo comunitario, será que se da más peso en ésta área? O como se había mencionado anteriormente ¿cuál es la connotación

que le dan al área comunitaria en relación al área hospitalaria? ¿La ven como más sencilla a ésta mientras que a la hospitalaria como bastante compleja? ¿Por qué se asocia así cada área?.

Situación que amerita, se revise cómo es que se está desarrollando el proceso de enseñanza aprendizaje en el Internado según área hospitalaria y comunitaria, así como las rotaciones que comprende cada una de ellas, ya que se ha identificado una mayor predisposición positiva hacia el área comunitaria en comparación al área hospitalaria y de manera general la actitud que presentan los futuros Internos es de aceptación leve lo que determina reflexionar sobre ¿cómo será el desempeño de estos futuros Internos ?. Lo más probable es que su comportamiento no sea el esperado ya que pareciera que no ha alcanzado las competencias que cada asignatura, durante la formación en éstos cuatro años de estudio, demanda. Agregado a ello es posible que también estén influyendo ciertos factores personales del alumno.

Lo manifestado permite evidenciar que no sólo debe ser preocupación preguntarse por cuánto conoce el alumno o cuán hábil es; es de suma importancia conocer sus actitudes ya que con ello se está explorando simultáneamente sus tres componentes, el afectivo, cognitivo y conductual.

Los seres humanos son poseedores de dos mentes, una que piensa y otra que siente, las que constituyen la vida mental. Entre ambas mentes existe generalmente un equilibrio operando así en armonía, intercambiando diferentes formas de conocimiento para ser guía en el desenvolvimiento de la persona.

Algo de suma importancia es que los sentimientos son esenciales para los pensamientos así como éstos lo son para los sentimientos, lo que puede influir en el actuar, favoreciendo que se tomen decisiones acertadas o no, de acuerdo al estado emocional de la persona. ¿Cuán afectado se puede sentir un alumno durante el desarrollo de la práctica? dependiendo de la forma en que valore lo recibido, a través de la interacción sentirá diferentes sentimientos y los plasmará en sus emociones.

Importante tener en cuenta estos aspectos ya que servirá para poder prevenir situaciones negativas que conlleven a que el futuro Interno se aleje más del Internado.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Se ha llegado a lo siguiente:

- Las actitudes hacia el Internado, en los estudiantes del 4to año de estudios, es de aceptación leve.
- Las actitudes hacia el Internado en el área hospitalaria, en los estudiantes del 4to año de estudios, es de rechazo leve y según la complejidad de su práctica pre-profesional en los servicios de hospitalización, es de aceptación leve, a diferencia de las actitudes hacia la práctica pre-profesional en los

servicios de emergencia, donde la actitud es de rechazo leve.

- Las actitudes hacia el Internado en el área comunitaria, en los estudiantes del 4to año de estudios, es de aceptación leve y según ámbito de su práctica pre-profesional intramural y extramural, en ambas, es de aceptación leve.
- En las actitudes de los estudiantes hacia el Internado, los factores evaluativo y actividad tienen aceptación leve, a diferencia de los factores potencia y familiaridad que son de rechazo leve.
- En las actitudes de los estudiantes hacia el área hospitalaria del Internado, los factores evaluativo y actividad tienen aceptación leve, a diferencia de los factores potencia y familiaridad cuyos promedios indican dirección de rechazo con intensidad moderada y leve respectivamente.
- En las actitudes de los estudiantes hacia el área hospitalaria, en la práctica por los servicios de hospitalización, los factores evaluativo y actividad indican aceptación leve y los de potencia y familiaridad, ambos, tienen dirección de rechazo con intensidad leve.
- En las actitudes de los estudiantes hacia el área hospitalaria, en la práctica por los servicios de emergencia, los factores evaluativo y actividad tienen

aceptación leve, y en los factores potencia y familiaridad, ambos, tienen dirección de rechazo con intensidad moderada y leve respectivamente.

- En las actitudes de los estudiantes hacia el área comunitaria del Internado, los factores evaluativo, actividad y familiaridad tienen aceptación con intensidad moderada para el factor evaluativo, y leve para el de actividad y familiaridad; el factor potencia tiene dirección de rechazo con intensidad leve.
- En las actitudes de los estudiantes hacia el área comunitaria, en la práctica por el ámbito intramural, los factores evaluativo y actividad tienen aceptación leve, y los factores potencia y familiaridad dirección de rechazo con intensidad leve para ambos.
- En las actitudes de los estudiantes hacia el área comunitaria, en la práctica por el ámbito extramural, los factores evaluativo, actividad y familiaridad tienen aceptación con intensidad leve, y el factor potencia rechazo con intensidad leve.
- El Internado es considerado por los estudiantes como, una experiencia; desde el factor evaluativo, es ligeramente agradable, ligeramente satisfactoria y bastante bonita; desde el factor potencia como, ligeramente difícil, ligeramente estresante y ligeramente pesada; desde el factor actividad como, ligeramente alegre, bastante activa y ligeramente lenta y; desde el factor familiaridad como, experiencia

ligeramente conocida, ligeramente segura y ligeramente compleja.

- El Internado en su área hospitalaria; desde el factor evaluativo, es considerado por los estudiantes como, una experiencia ligeramente agradable, ligeramente satisfactoria y ligeramente bonita; desde el factor potencia como, ligeramente difícil, bastante pesada y bastante estresante; desde el factor actividad como, ligeramente rápida, ligeramente alegre y bastante activa y; desde el factor familiaridad como, experiencia bastante compleja, ligeramente insegura y ligeramente desconocida.
- El Internado en su área comunitaria; desde el factor evaluativo es considerado por los estudiantes como, una experiencia bastante satisfactoria, bastante agradable, y bastante bonita; desde el factor potencia como, ligeramente estresante, ligeramente pesada y ligeramente fácil; desde el factor actividad como, ligeramente lenta, bastante alegre y bastante activa y ; desde el factor familiaridad como, experiencia ligeramente conocida, ligeramente segura y ligeramente compleja.
- El Internado en su área hospitalaria, según la práctica por los servicios de hospitalización; desde el factor evaluativo es considerado por los estudiantes como, una experiencia ligeramente bonita, ligeramente agradable y ligeramente satisfactoria; desde el factor

potencia como, bastante estresante, ligeramente pesada y ligeramente difícil; desde el factor actividad como, ligeramente rápida, ligeramente alegre y bastante activa y; desde el factor familiaridad como, experiencia ligeramente compleja, ligeramente insegura y ligeramente conocida.

- El Internado en su área hospitalaria según práctica por los servicios emergencia; desde el factor evaluativo es considerado por los estudiantes como, una experiencia ligeramente satisfactoria, ligeramente agradable y ligeramente bonita; desde el factor potencia como bastante estresante, bastante difícil y bastante pesada; desde el factor actividad como, ligeramente alegre, ligeramente rápida y bastante activa ; desde el factor familiaridad como, experiencia bastante compleja, ligeramente desconocida y ligeramente insegura.
- El Internado en su área comunitaria según práctica por el ámbito intramural; desde el factor evaluativo es considerado por los estudiantes como, una experiencia ligeramente bonita, bastante satisfactoria y bastante agradable; desde el factor potencia como, ligeramente estresante, ligeramente pesada y ligeramente fácil; desde el factor actividad como, bastante alegre, ligeramente activa y ligeramente rápida; desde el factor familiaridad, como experiencia ligeramente segura, ligeramente compleja y ligeramente desconocida.

- El Internado en su área comunitaria según práctica por el ámbito extramural; desde el factor evaluativo es considerado por los estudiantes como, una experiencia ligeramente satisfactoria, bastante bonita y ligeramente agradable; desde el factor potencia como, ligeramente pesada, ligeramente difícil y ligeramente estresante, desde el factor actividad como, ligeramente rápida, ligeramente activa y bastante alegre; desde el factor familiaridad como, experiencia ligeramente compleja, ligeramente segura y ligeramente conocida.

LIMITACIONES

- ❖ Que los resultados obtenidos responden sólo a la población de estudio, no pueden ser generalizados a otras poblaciones.

RECOMENDACIONES

- ❖ Realizar estudios orientados a identificar los factores que están influyendo en los estudiantes para que su actitud hacia el Internado sea de aceptación con intensidad leve.
- ❖ Realizar estudios cualitativos para comprender la mayor predisposición positiva que hacia el área comunitaria tienen los estudiantes en relación al área hospitalaria del Internado.
- ❖ Identificar e intervenir en las fortalezas y debilidades tanto en el campo teórico como práctico que el estudiante ha logrado durante su formación académica, antes de cursar el Internado.
- ❖ Las actitudes hacia el Internado deben ser medidas en los estudiantes del cuarto año al inicio del segundo semestre de la asignatura Enfermería en la Salud del Adulto y del Anciano, lo que contribuirá a contar con tiempo para intervenir en el fortalecimiento de las

actitudes positivas y reorientar las negativas que el alumno tenga hacia el Internado.

- ❖ Que durante los años de estudio previos al Internado, el estudiante reciba información sobre el desarrollo del mismo como último periodo de formación.
- ❖ Que se fortalezca el sistema de supervisión y evaluación de las asignaturas en el logro de las competencias declaradas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ (1) Rosenberg y Hovland, 1960, citado por ALONSO GARCÍA, C.M.; GALLEGU GIL, D.J. y ONGALLO CHANCLÓN, C. (2003): *Psicología Social y de las Organizaciones. Comportamientos Interpersonales*. Dykinson, S.L.. España. p.116.
- ❖ (2) YEPIS VARGAS, L. (1985): *Enfermería Psicológica*. Pueblo y Educación. La Habana. p.86.
- ❖ (3) Ibid. p. 86.
- ❖ (4) Ibid. p. 87.
- ❖ (5) Ibid. p. 87.
- ❖ (6) Ibid. p. 87- 88.
- ❖ (7) WHITTAKER JAMES, O. (1981): *Psicología*. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.. México. p. 627.
- ❖ (8) Ibid. p. 627.
- ❖ (9) Ibid. p. 627.
- ❖ (10) Ibid. p. 627.
- ❖ (11) ALONSO GARCÍA, C. M.; GALLEGU GIL, D.J. y ONGALLO CHANCLÓN, C. (2003): *Psicología Social y de las Organizaciones. Comportamientos Interpersonales*. Dykinson, S.L..España. p.126.
- ❖ (12) Ibid. p. 126.
- ❖ (13) Ibid. p. 126.
- ❖ (14) Ibid. p. 122.
- ❖ (15) Ibid. p. 123.
- ❖ (16) Ibid. p. 125.
- ❖ (17) Ibid. p. 117-118.

- ❖ (18) Krech, et al. , 1972, citado por ALONSO GARCÍA, C. M.; GALLEGU GIL, D.J. y ONGALLO CHANCLÓN, C. (2003): *Psicología Social y de las Organizaciones. Comportamientos Interpersonales*. Dykinson, S.L..España. p.116.

- ❖ (19) Pastor, 1983, citado por ALONSO GARCÍA, C. M.; GALLEGU GIL, D.J. y ONGALLO CHANCLÓN, C. (2003): *Psicología Social y de las Organizaciones. Comportamientos Interpersonales*. Dykinson, S.L..España. p.116.

- ❖ (20) Zanna y Rempel, 1988, citado por ALONSO GARCÍA, C. M.; GALLEGU GIL, D.J. y ONGALLO CHANCLÓN, C. (2003): *Psicología Social y de las Organizaciones. Comportamientos Interpersonales*. Dykinson, S.L..España. p.116.

- ❖ (21) Myers, 1995, citado por ALONSO GARCÍA, C. M.; GALLEGU GIL, D.J. y ONGALLO CHANCLÓN, C. (2003): *Psicología Social y de las Organizaciones. Comportamientos Interpersonales*. Dykinson, S.L..España. p.116.

- ❖ (22) Op Cit., ALONSO GARCÍA, C. M.; GALLEGU GIL, D.J. y ONGALLO CHANCLÓN, C. p. 120.

- ❖ (23) Scott 1968, citado ALONSO GARCÍA, C. M.; GALLEGU GIL, D.J. y ONGALLO CHANCLÓN, C. (2003): *Psicología Social y de las Organizaciones. Comportamientos Interpersonales*. Dykinson, S.L..España. p.120.

- ❖ (24) BARON ROBERT, A y BYRNE DONN. (2005): *Psicología Social*. Pearson Educación, S.A. . España. p.132.

- ❖ (25) Ibid. p. 150

- ❖ (26) Ibid. p. 132

- ❖ (27) Op Cit., ALONSO GARCÍA, C. M.; GALLEGU GIL, D.J. y ONGALLO CHANCLÓN, C. p. 136.

- ❖ (28) Ibid. p. 137.

- ❖ (29) MYERS DAVID, G. (2005): *Psicología Social*. Mc Graw Hill. México. p.138.
- ❖ (30) Ibid. p. 139-140.
- ❖ (31) Ibid. p. 140.
- ❖ (32) FRANZOI STEPHEN, L. (2007): *Psicología Social*. Mc Graw Hill. México. p. 189.
- ❖ (33) Op. Cit., ALONSO GARCÍA, C. M.; GALLEGU GIL, D.J. y ONGALLO CHANCLÓN, C. p. 137-138
- ❖ (34) Op. Cit., FRANZOI STEPHEN, L. p. 190
- ❖ (35) Ibid. p. 189.
- ❖ (36) Ibid. p. 189.
- ❖ (37) WHITTAKER JAMES, O. (1990): *La Psicología Social en el mundo de Hoy*. Trillas. México. p. 252.
- ❖ (38) Ibid. p. 252.
- ❖ (39) DÍAZ GUERRERO, R. y SALAS M. (1975): *El Diferencial semántico del Idioma Español*. Trillas. México. p. 39.
- ❖ (40) Ibid. p. 27-28.
- ❖ (41) Ibid. p. 37.
- ❖ (42) Ibid. p. 70-71.
- ❖ (43) Ibid. p. 71 y 72.
- ❖ (44) Op. Cit., WHITTAKER JAMES, O.. p. 256.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALAVA CURTO, C. (2000): *Psicología de las Emociones y Actitudes*. Editorial San Marcos. Lima.
2. ALONSO GARCÍA, C. M.; GALLEGO GIL, D.J. y ONGALLO CHANCLÓN, C. (2003): *Psicología Social y de las Organizaciones. Comportamientos Interpersonales*. Dykinson, S.L..España.
3. BARON ROBERT, A. y BYRNE DONN. (2005): *Psicología Social*. Pearson Educación, S.A. . Madrid.
4. BARRIGA, S. (2000): *Psicología General*. CEAC, S.A.. Barcelona.
5. BEATRIZ PINEDA, E.; LUZ DE ALVARADO, F. y HERNÁNDEZ DE CANALES, F. (1997): *Manual para el desarrollo del personal de salud*. Ediciones OPS. Washington.
6. BEATRIZ PINEDA, E. y LUZ DE ALVARADO, F. y HERNÁNDEZ DE CANALES, F. (2008): *Metodología de la Investigación*. Ediciones OPS. Washington.
7. DÍAZ GUERRERO, R. y SALAS M. (1975): *El Diferencial semántico del Idioma Español*. Trillas. México.
8. FRANCISCO MORALES, J.; MOYA, M.; REBOLLOSO, E.; FERNÁNDEZ DOLS, J.M.; HUICI, C.; MARQUES, J.; PÁEZ, D.; ANTONIO PÉREZ, J. y TURNER, J.C. (1994): *Psicología Social*. Mc Graw Hill/Interamericana de España, S.A.. Madrid.
9. FRANZOI STEPHEN, L. (2007): *Psicología Social*. Mc Graw Hill. México.
10. HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ COLLADO, C. y BAPTISTA LUCIO, P. (2006): *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill. México.

11. MYERS DAVID, G. (2005): *Psicología Social*. Mc Graw Hill. México.
12. POLIT, D.F. y HUNGLER, B. P. (2000): *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. Mc Graw Hill. México.
13. SALAZAR, J.M.; MONTERO, M.; MUÑOZ, C.C.; SÁNCHEZ, E.; SANTORO, E. y VILLEGAS, J.F.(1979): *Psicología Social*. Trillas. México.
14. UNMSM - Facultad de Medicina "San Fernando" (2005): *Guía Académica del Estudiante 2005*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
15. UNMSM - Facultad de Medicina "San Fernando"(2007): *Manual del Estudiante 2007*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
16. WHITTAKER JAMES, O. (1981): *Psicología*. Interamericana S.A. de C.V..México.
17. WHITTAKER JAMES, O. (1990): *La Psicología Social en el mundo de Hoy*. Trillas. México.
18. WILKS, F. (1999): *Emoción Inteligente*. Planeta S.A..Barcelona.
19. WORCHEL, S.; COOPER, J.; GOETHALS, G.R. y OLSON, J. M. (2002): *Psicología Social*. International Thomson Editores, S.A. de C.V.. México.
20. YEPIS VARGAS, L. (1986): *Enfermería Psicológica*. Pueblo y Educación. La Habana.

DOCUMENTOS

1. E.A.P. ENFERMERÍA - UNMSM. (2009): *Reglamento del Internado de la E.A.P. Enfermería - 2009*. Escuela Académico Profesional de Enfermería - Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
2. E.A.P. ENFERMERÍA - UNMSM (2009): *Sílabo del Internado 2009*. Escuela Académico Profesional de Enfermería - Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.

BÚSQUEDA ON LINE

1. CAFÉ, S. e INNECCO N. (1994): “El Libro de las Actitudes” [en línea], <http://www.scribd.com/doc/23622262/Sonia-Cafe-El-Libro-De-Las-Actitudes-rev>, [consulta: 07 julio 2009].
2. VILLAR POSADA, F. (1997): “Construcción y evaluación en diferentes cohortes del DSE (Diferencial Semántico del envejecimiento)” [en línea], <http://www.um.es/analesps/v13/v131/03-13-1.pdf>, [consulta: 02 julio 2009].



ANEXO A



CUESTIONARIO

“ACTITUDES HACIA EL INTERNADO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DEL CUARTO AÑO DE ESTUDIOS - UNMSM”

PRESENTACIÓN

Estimada (o) compañera (o) de estudios:

Buenos días, mi nombre es Catherine Raymundo Perea, soy Interna de Enfermería. Actualmente estoy realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo general: Determinar las actitudes que tienen los estudiantes del 4to año hacia el Internado, en la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM.

Contar con tu participación es necesario para generar resultados que le permita a nuestra Escuela elaborar, ejecutar actividades, estrategias tales como talleres, encuentros, entre otros, orientados a fortalecer las actitudes favorables hacia el Internado y modificar aquellas que viran con tendencia hacia la negatividad; de ahí, que te solicite tengas a bien acceder y responder al cuestionario.

El cuestionario es anónimo, la información será utilizada sólo para la investigación, la confidencialidad está garantizada. Que tus respuestas sean sinceras y veraces.

Agradezco tu aceptación.

Datos Generales:

Llena los espacios en blanco o marca con un aspa según corresponda:

Edad: _____

Sexo: Femenino

☐

Masculino

☐

Estado Civil: _____

Antes de resolver el cuestionario específico, veamos un ejemplo:

Enunciado:

El cuidado integral que el Interno brinda al paciente es:

Oportuno : __ : __ : _x_ : __ : __ : __ Inoportuno

Improvisado : __ : __ : __ : __ : _x_ : __ Planeado

Desagradable : __ : __ : __ : __ : __ : _x_ Agradable

Lento : __ : __ : __ : _x_ : __ : __ Rápido

Fuerte : _x_ : __ : __ : __ : __ : __ Débil

Los espacios de la escala bipolar tienen el siguiente significado:

Oportuno: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ Inoportuno
Muy Bastante Ligera- Ligera- Bastante Muy
Oportuno oportuno mente mente inoportuno inoportuno
oportuno inoportuno

El espacio donde se ha marcado el aspa indica la cercanía con uno de los dos adjetivos mostrados en cada escala bipolar.

En la primera escala bipolar, el espacio donde se ha marcado el aspa indica que para el Interno el cuidado integral que brinda al paciente es ligeramente oportuno. En cuanto a las otras escalas el Interno considera que el cuidado es bastante planeado, muy agradable, ligeramente rápido y muy fuerte.

INSTRUCCIONES

Para resolver el cuestionario es necesario precisar:

Práctica Pre-profesional Hospitalaria: comprende las rotaciones por los **Servicios de Hospitalización:** Medicina General, Cirugía General, Pediatría, Neonatología, Ginecología y Obstetricia, así como por los **Servicios de Emergencia.**

Práctica Pre - profesional Comunitaria: comprende las rotaciones que se dan en el ámbito:

- ❖ **Intramural:** actividades que se desarrollan en el Centro de Salud relacionado con las normas y estrategias (Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, Control de Crecimiento y Desarrollo, Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.), actividades administrativas, entre otras.
- ❖ **Extramural:** actividades que se realiza fuera del Centro de Salud , en Instituciones Educativas, Comedores, Vasos de Leche; visitas domiciliarias ;coordinaciones intersectoriales, entre otros. Así mismo actividades específicas en una comunidad previamente seleccionada.

A CONTINUACIÓN SE PRESENTA LOS ENUNCIADOS ESPECÍFICOS DEL CUESTIONARIO

Recuerda:

- ❖ Lee detenidamente el enunciado para luego marcar en uno de los espacios de la escala bipolar.
- ❖ Es necesario que respondas en todas las escalas bipolares.

Se acerca el **Internado**, pensar en ello, me hace sentir, que es una experiencia....

Insatisfactoria	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____	Satisfactoria
Agradable	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____	Desagradable
Difícil	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____	Fácil
Rápida	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____	Lenta
Desconocida	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____	Conocida
Triste	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____	Alegre
Activa	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____	Pasiva
Pesada	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____	Liviana
Sencilla	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____	Compleja
Fea	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____	Bonita
Insegura	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____	Segura
No estresante	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____	Estresante

Pensar en el **Internado Hospitalario**, me hace sentir que es una experiencia....

Lenta	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Rápida
Compleja	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Sencilla
Activa	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Pasiva
Agradable	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Desagradable
Pesada	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Liviana
Alegre	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Triste
Estresante	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	No estresante
Conocida	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Desconocida
Bonita	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Fea
Insatisfactoria	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Satisfactoria
Fácil	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Difícil
Insegura	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Segura

Pensar en el **Internado Comunitario**, me hace sentir que es una experiencia....

Estresante	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	No estresante
Insegura	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Segura
Alegre	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Triste
Difícil	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Fácil
Bonita	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Fea
Compleja	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Sencilla
Agradable	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Desagradable
Insatisfactoria	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Satisfactoria
Pasiva	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Activa
Pesada	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Liviana
Desconocida	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Conocida
Lenta	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Rápida

Siento que la **Práctica Pre-profesional hospitalaria en los Servicios de Hospitalización** es una experiencia....

Fea	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Bonita
Activa	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Pasiva
Estresante	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	No estresante
Sencilla	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Compleja
Difícil	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Fácil
Desconocida	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Conocida
Segura	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Insegura
Lenta	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Rápida
Liviana	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Pesada
Desagradable	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Agradable
Satisfactoria	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Insatisfactoria
Triste	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Alegre

Siento que la **Práctica Pre-profesional Hospitalaria en los Servicios de Emergencia** es una experiencia....

Insegura	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Segura
Fácil	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Difícil
Compleja	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Sencilla
Bonita	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Fea
Rápida	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Lenta
Desconocida	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Conocida
Triste	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Alegre
Agradable	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Desagradable
Liviana	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Pesada
Estresante	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	No estresante
Satisfactoria	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Insatisfactoria
Pasiva	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Activa

Siento que la **Práctica Pre- profesional Comunitaria en el ámbito Intramural** es una experiencia....

Agradable	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Desagradable
Lenta	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Rápida
Insegura	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Segura
Desconocida	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Conocida
No estresante	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Estresante
Pesada	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Liviana
Sencilla	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Compleja
Fea	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Bonita
Satisfactoria	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Insatisfactoria
Triste	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Alegre
Activa	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Pasiva
Difícil	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Fácil

Siento que la **Práctica Pre-profesional Comunitaria en el ámbito Extramural** es una experiencia....

Desconocida	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Conocida
Triste	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Alegre
Insatisfactoria	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Satisfactoria
Pesada	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Liviana
Sencilla	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Compleja
Fea	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Bonita
Segura	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Insegura
No estresante	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Estresante
Rápida	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Lenta
Difícil	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Fácil
Agradable	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Desagradable
Activa	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	:	___	Pasiva

*"Nosotros mismos debemos ser el cambio que deseamos ver en el mundo".
(Mahatma Gandhi)*

Muchas Gracias.

ANEXO B

OPINIÓN DE JUEZ EXPERTO

Estimado(a)

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicitar dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una aspa (x) SI o NO en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1.- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2.- El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuada.			
4.- Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.			
5.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6.- Los ítems son claros y entendibles.			
7.- El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del Juez Experto

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES EXPERTOS SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

ÍTEMS	NUMERO DE JUECES								PROBABILIDAD
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1								
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035

Sí = 1
No= 0
P < 0.05

La concordancia es significativa

ANEXO C

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Ecuación del coeficiente Alfa de Crombach para el cálculo de la confiabilidad del instrumento a partir de la coherencia interna de cada reactivo. A continuación se presenta la confiabilidad de uno de los reactivos a manera de ejemplo así como la confiabilidad total del instrumento.

$$\alpha = \frac{k}{(k-1)} \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right)$$

k = número de ítems

$(\sigma_i)^2$ = varianza de cada ítem

$(\sigma_x)^2$ = varianza de la cuestionario total

Confiabilidad del Reactivo N°1: “Actitud hacia el Internado”

SUJETO ESCALA	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	SUMATORIA	PROMEDIO	VARIANZA
1	6	4	4	3	2	3	3	5	6	2	2	3	43	3,583	
2	5	3	4	3	3	4	3	5	6	3	3	3	45	3,75	
3	6	5	6	4	3	4	4	5	6	4	4	3	54	4,5	
4	6	6	6	6	3	3	6	5	6	4	4	6	61	5,083	
5	6	6	5		4	3	3	6	6	6	2	5	56	4,667	
6	4	3	4	3	3	2	1	4	6	2	4	3	39	3,25	
7	6	6	5	5	2	2	4	5	6	3	2	3	49	4,083	
8	5	6	5	3	2	3	4	3	6	4	3	5	49	4,083	
9	5	5	5	4	2	2	4	5	5	5	3	5	50	4,167	
10	6	2	5	3	2	2	3	5	5	3	3	4	43	3,583	
SUMATORIA	55	46	49	38	26	28	35	48	58	36	30	40	489	40,75	100,687
PROMEDIO	5,5	4,6	4,9	3,8	2,6	2,8	3,5	4,8	5,8	3,6	3	4	48,9	7,523	
VARIANZA	0,45	2,04	0,49	0,96	0,44	0,56	1,45	0,56	0,16	1,44	0,6	1,2	10,35		

$$\alpha = \frac{12}{12-1} \left(1 - \frac{10.35}{100.69} \right)$$

$$\alpha = \frac{12}{11} (1 - 0.10)$$

$$\alpha = 1.09 (0.90)$$

$$\alpha = 0.98$$

Confiabilidad General del Instrumento

Sujeto Escalas Bipolares	REACTIVO Nº 1												REACTIVO Nº 2												REACTIVO Nº 3											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	6	4	4	3	2	3	3	5	6	2	2	3	5	4	4	3	1	2	3	4	6	2	2	2	4	6	6	3	3	4	3	5	5	2	3	3
2	5	3	4	3	3	4	3	5	6	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	5	3	3	1	3	4	5	5	3	4	3	4	5	2	4	2	4
3	6	5	6	4	3	4	4	5	6	4	4	3	5	6	5	4	3	3	4	5	5	4	3	4	5	5	6	3	3	5	5	5	6	5	3	3
4	6	6	6	6	3	3	6	5	6	4	4	6	6	6	6	6	3	3	6	6	6	3	3	6	5	6	3	6	1	4	1	6	6	5	5	6
5	6	6	5	4	4	3	3	6	6	6	2	5	6	5	6	5	3	3	5	5	5	5	6	2	6	6	6	6	2	6	2	6	6	6	6	6
6	4	3	4	3	3	2	1	4	6	2	4	3	5	3	4	3	3	1	2	4	6	5	2	3	5	6	6	4	6	6	5	5	5	5	4	6
7	6	6	5	5	2	2	4	5	6	3	2	3	6	5	5	3	2	2	3	6	6	4	2	3	6	6	6	3	4	5	4	6	6	4	3	4
8	5	6	5	3	2	3	4	3	6	4	3	5	5	5	5	3	3	2	4	5	5	4	3	4	4	5	5	4	3	3	4	4	4	5	3	4
9	5	5	5	4	2	2	4	5	5	5	3	5	5	5	5	3	2	2	4	5	4	5	3	5	5	5	5	3	4	3	4	5	5	5	4	5
10	6	2	5	3	2	2	3	5	5	3	3	4	4	4	3	2	3	2	4	3	5	2	2	4	4	5	5	5	4	5	3	5	2	5	4	5
VARIANZA	0	2	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1

Sujeto Escalas Bipolares	REACTIVO Nº 4												REACTIVO Nº 5												REACTIVO Nº 6											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	4	4	5	4	3	2	3	5	5	3	3	2	5	5	5	3	3	2	3	5	5	3	3	3	4	4	4	4	3	3	2	4	4	3	4	3
2	5	4	4	4	5	4	4	4	5	2	4	4	3	4	5	3	3	3	4	4	3	4	2	3	5	4	2	4	2	3	2	3	5	3	4	4
3	5	5	5	4	3	3	5	5	5	3	4	3	5	5	5	3	2	2	6	5	6	3	2	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5
4	5	5	6	5	3	3	5	6	6	4	3	6	5	4	5	3	2	2	6	6	5	3	3	5	2	5	1	5	2	3	3	3	3	5	1	5
5	5	4	6	4	3	3	4	5	5	5	4	2	5	5	5	3	3	2	3	5	6	5	3	2	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1	6
6	4	3	4	3	2	1	6	4	6	4	3	3	4	4	5	2	2	1	6	3	6	4	2	3	5	5	6	4	6	6	3	5	5	5	4	5
7	6	5	5	2	3	3	4	3	6	4	3	3	6	5	6	2	6	1	4	4	6	4	1	2	6	5	6	4	4	4	3	3	6	5	4	5
8	5	5	4	4	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	5	4	5	2	3	5	4	5	5	5	4	5
9	5	5	5	3	3	3	4	5	5	5	3	5	3	3	3	2	3	2	4	3	5	2	2	2	5	5	5	3	2	2	5	5	5	5	2	5
10	5	5	3	3	1	1	6	4	6	5	2	3	2	4	2	1	1	1	6	3	6	5	1	3	6	6	6	5	6	6	2	6	5	6	5	3
VARIANZA	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	1	3	2	2	1	1	1	2	1

Sujeto Escalas Bipolares	REACTIVO Nº 7												TOTAL GENERAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	SUMATORIA
1	5	5	5	4	3	2	3	4	5	4	3	3	304
2	4	4	4	2	2	3	4	4	5	4	4	4	304
3	5	6	6	5	3	4	5	5	6	5	4	5	373
4	4	2	3	6	3	3	5	3	2	5	5	2	362
5	6	6	6	6	5	2	6	6	6	1	6	6	402
6	5	6	6	4	4	6	5	5	5	4	4	5	346
7	6	6	6	4	4	3	2	5	6	3	3	3	353
8	4	4	4	3	3	2	4	4	5	3	3	4	336
9	4	2	2	2	3	3	3	3	3	5	3	3	321
10	4	4	5	3	5	5	1	4	6	2	3	1	317
VARIANZA	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	99,71

$$\alpha = \frac{12}{12-1} (1 - \frac{99.71}{908.8})$$

$$\alpha = \frac{12}{11} (1 - 0.11)$$

$$\alpha = 1.090 (0.89)$$

$$\alpha = 0.97$$

ANEXO D MATRIZ TRIPARTITA

FACTORES	EVALUACIÓN						POTENCIA			ACTIVIDAD			FAMILIARIDAD			
ESCALAS SUJETOS	A	B		C		D	E	F	G	H	I	J	K		L	
1																
2																
3																
4																
5																

Escalas Bipolares

A: Insatisfactoria Satisfactoria
 B: Desagradable Agradable
 C: Fea Bonita
 D: Difícil Fácil

E: Pesada Ligera
 F: Estresante No estresante
 G: Lenta Rápida
 H: Triste Alegre

I: Pasivo Activo
 J: Desconocida Conocida
 K: Compleja Sencilla
 L: Insegura Segura

ANEXO E

A continuación se presenta los pasos para el cálculo del promedio actitudinal individual de la actitud hacia el Internado así como del promedio actitudinal hacia el área hospitalaria y según la complejidad de su práctica pre-profesional en servicios de hospitalización y emergencia, hacia el área comunitaria y según ámbito intramural y extramural de su práctica pre-profesional.

FACTOR EVALUACIÓN

A: Insatisfactoria Satisfactoria
B: Desagradable Agradable
C: Fea Bonita

Según Reactivos:

Reactivo N ° 1: $4+3+3=10/3=3.33$

Reactivo N ° 2: $3+4+4=11/3=3.67$

Reactivo N ° 3: $5+5+5= 15/3=5$

Reactivo N ° 4: $3+4+5= 12/3=4$

Reactivo N ° 5: $4+3+4= 11/3=3.67$

Reactivo N ° 6: $6+5+5 = 16/3=5.33$

Reactivo N ° 7: $6+6+6=18/3=6$

FACTOR POTENCIA

D: Difícil Fácil
E: Pesada Ligera
F: Estresante No estresante

Según Reactivos:

Reactivo N ° 1: $1+2+1=4/3=1.33$
Reactivo N ° 2: $4+1+1=6/3=2$
Reactivo N ° 3: $4+3+4= 11/3=3.67$
Reactivo N ° 4: $3+1+1= 5/3=1.67$
Reactivo N ° 5: $2+1+1= 4/3= 1.33$
Reactivo N ° 6: $3+3+4 = 10/3=3.33$
Reactivo N ° 7: $3+4+3=10/3=3.33$

FACTOR ACTIVIDAD

G: Lenta Rápida
H: Triste Alegre
I: Pasivo Activo

Según Reactivos:

Reactivo N ° 1: $5+4+6=15/3=5$
Reactivo N ° 2: $4+4+6=14/3=4.66$
Reactivo N ° 3: $3+5+5= 13/3=4.33$
Reactivo N ° 4: $6+4+6= 16/3=5.33$
Reactivo N ° 5: $6+3+6= 15/3=5$
Reactivo N ° 6: $3+5+3 = 11/3=3.67$
Reactivo N ° 7: $6+6+6=18/3=6$

FACTOR FAMILIARIDAD

J: Desconocida Conocida
K: Compleja Sencilla
L: Insegura Segura

Según Reactivos:

Reactivo N ° 1: $4+3+2=9/3=3$
Reactivo N ° 2: $4+2+3=9/3=3$
Reactivo N ° 3: $3+4+4= 11/3=3.67$
Reactivo N ° 4: $3+4+4= 11/3=3.67$
Reactivo N ° 5: $3+1+3= 7/3=2.33$
Reactivo N ° 6: $3+1+3= 7/3=2.33$
Reactivo N ° 7: $4+4+5 = 13/3=4.33$

Obteniendo el promedio para cada reactivo:

Reactivo N ° 2:

<i>Promedios de cada Factor:</i>	<i>Evaluación</i>	→	4.43
	<i>Potencia</i>	→	2.
	<i>Actividad</i>	→	4.66
	<i>Familiaridad</i>	→	3


$$\frac{4.43+2+4.66+3}{4} = \frac{14.09}{4} = 3.52$$

Reactivo N ° 3:

<i>Promedios de cada Factor:</i>	<i>Evaluación</i>	→	5
	<i>Potencia</i>	→	3.67
	<i>Actividad</i>	→	4.33
	<i>Familiaridad</i>	→	3.33

$$\frac{5+3.67+4.33+3.33}{4} = \frac{16.33}{4} = 4.08$$


Obteniendo el promedio actitudinal del Internado:

$$\text{Reactivo N ° 2 + Reactivo N ° 3: } \frac{3.52 + 4.08}{2} = \frac{7.6}{2} = 3.8$$


Calculando el promedio actitudinal hacia la práctica pre-profesional en los servicios de hospitalización.

Reactivo N ° 4:

<i>Promedios de cada Factor:</i>	<i>Evaluación</i>	→	4
	<i>Potencia</i>	→	1.67
	<i>Actividad</i>	→	5.33
	<i>Familiaridad</i>	→	3.67

$$\frac{4+1.67+5.33+3.66}{4} = \frac{14.67}{4} = 3.67$$


Calculando el promedio actitudinal hacia la práctica pre-profesional en los servicios de emergencia.

Reactivo N° 5:

Promedios de cada Factor:	Evaluación	→	3.67
	Potencia	→	1.33
	Actividad	→	5
	Familiaridad	→	2.33

$$\frac{3.67+1.33+5+2.33}{4} = \frac{12.33}{4} = 3.08$$

Calculando el promedio actitudinal hacia la práctica pre-profesional comunitaria en el ámbito intramural.

Reactivo N° 6:

Promedios de cada Factor:	Evaluación	→	5.33
	Potencia	→	3.33
	Actividad	→	3.67
	Familiaridad	→	2.33

$$\frac{5.33+3.33+3.67+2.33}{4} = \frac{14.66}{4} = 3.67$$

Calculando el promedio actitudinal hacia la práctica pre-profesional comunitaria en el ámbito extramural.

Reactivo N° 7:

Promedios de cada Factor:	Evaluación	→	6
	Potencia	→	3.33
	Actividad	→	6
	Familiaridad	→	4.33

$$\frac{6+3.33+6+4.33}{4} = \frac{19.66}{4} = 4.92$$

A continuación se presenta los pasos para el cálculo del promedio actitudinal general del primer reactivo del Instrumento.

FACTOR EVALUACIÓN

A: Insatisfactoria Satisfactoria

$$(1 \times 1) + (2 \times 2) + (3 \times 1) + (4 \times 6) + (5 \times 25) + (6 \times 26) = \frac{284}{62} = 5.097$$

B: Desagradable Agradable

$$(1 \times 0) + (2 \times 5) + (3 \times 3) + (4 \times 9) + (5 \times 24) + (6 \times 21) = \frac{301}{62} = 4.855$$

C: Fea Bonita

$$(1 \times 1) + (2 \times 2) + (3 \times 2) + (4 \times 10) + (5 \times 25) + (6 \times 22) = \frac{308}{62} = 4.968$$

PROMEDIO DEL FACTOR EVALUACIÓN

$$\frac{5.097 + 4.855 + 4.968}{3} = \frac{14.92}{3} = 4.973$$

FACTOR POTENCIA

D: Difícil Fácil

$$(1 \times 3) + (2 \times 11) + (3 \times 23) + (4 \times 19) + (5 \times 5) + (6 \times 1) = \frac{201}{62} = 3.242$$

E: Pesada Ligera

$$(1 \times 4) + (2 \times 21) + (3 \times 19) + (4 \times 13) + (5 \times 5) + (6 \times 0) = \frac{180}{62} = 2.903$$

F: Estresante No estresante

$$(1 \times 10) + (2 \times 20) + (3 \times 23) + (4 \times 6) + (5 \times 2) + (6 \times 1) = \frac{159}{62} = 2.565$$

PROMEDIO DEL FACTOR POTENCIA

$$\frac{3.242+2.903+2.565}{3} = \frac{8.71}{3} = \boxed{2.903}$$

FACTOR ACTIVIDAD

G: Lenta **Rápida**

$$(1 \times 3) + (2 \times 4) + (3 \times 17) + (4 \times 27) + (5 \times 8) + (6 \times 3) = \frac{228}{62} = 3.677$$

H: Triste **Alegre**

$$(1 \times 0) + (2 \times 1) + (3 \times 5) + (4 \times 12) + (5 \times 31) + (6 \times 13) = \frac{298}{62} = 4.807$$

I: Pasivo **Activo**

$$(1 \times 0) + (2 \times 22) + (3 \times 0) + (4 \times 6) + (5 \times 24) + (6 \times 30) = \frac{328}{62} = 5.936$$

PROMEDIO DEL FACTOR ACTIVIDAD

$$\frac{3.677+4.807+5.936}{3} = \frac{14.42}{3} = \boxed{4.807}$$

FACTOR FAMILIARIDAD

J: Desconocida **Conocida**

$$(1 \times 7) + (2 \times 8) + (3 \times 19) + (4 \times 18) + (5 \times 8) + (6 \times 2) = \frac{204}{62} = 3.290$$

K: Compleja **Sencilla**

$$(1 \times 8) + (2 \times 16) + (3 \times 25) + (4 \times 10) + (5 \times 3) + (6 \times 0) = \frac{170}{62} = 2.742$$

L: Insegura **Segura**

$$(1 \times 1) + (2 \times 4) + (3 \times 12) + (4 \times 21) + (5 \times 17) + (6 \times 7) = \frac{256}{62} = 4.129$$

PROMEDIO DEL FACTOR FAMILIARIDAD

$$\frac{3.290+2.742+4.129}{3} = \frac{10.161}{3} = 3.387$$

Luego obtenemos el promedio general al sumar todos los promedios de los Factores de la actitud

$$\frac{4.973 + 2.903 + 4.807 + 3.387}{4} = \frac{16.07}{4} = 4.018$$

ANEXO F

“DISTRIBUCIÓN, SEGÚN GRUPO ETÁREO, DE LOS ESTUDIANTES DEL 4 TO AÑO DE LA E.A.P ENFERMERÍA- UNMSM, 2009.”

GRUPO ETÁREO	ESTUDIANTES DE ENFERMERIA	
	Nº	%
19	1	2
20	5	8
21	10	16
22	16	26
23	5	8
24	14	22
25	7	11
26	1	2
27	1	2
28	2	3
TOTAL	62	100

ANEXO G

“DISTRIBUCIÓN, SEGÚN SEXO, DE LOS ESTUDIANTES DEL 4 TO AÑO DE LA E.A.P ENFERMERÍA- UNMSM, 2009.”

SEXO	ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	
	Nº	%
Masculino	5	8
Femenino	57	92
TOTAL	62	100.0

ANEXO H

“DISTRIBUCIÓN, SEGÚN ESTADO CIVIL, DE LOS ESTUDIANTES DEL 4 TO AÑO DE LA E.A.P ENFERMERÍA - UNMSM, 2009.”

ESTADO CIVIL	ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	
	Nº	%
Soltero	60	96
Casado	1	2
Conviviente	1	2
TOTAL	62	100

ANEXO I
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

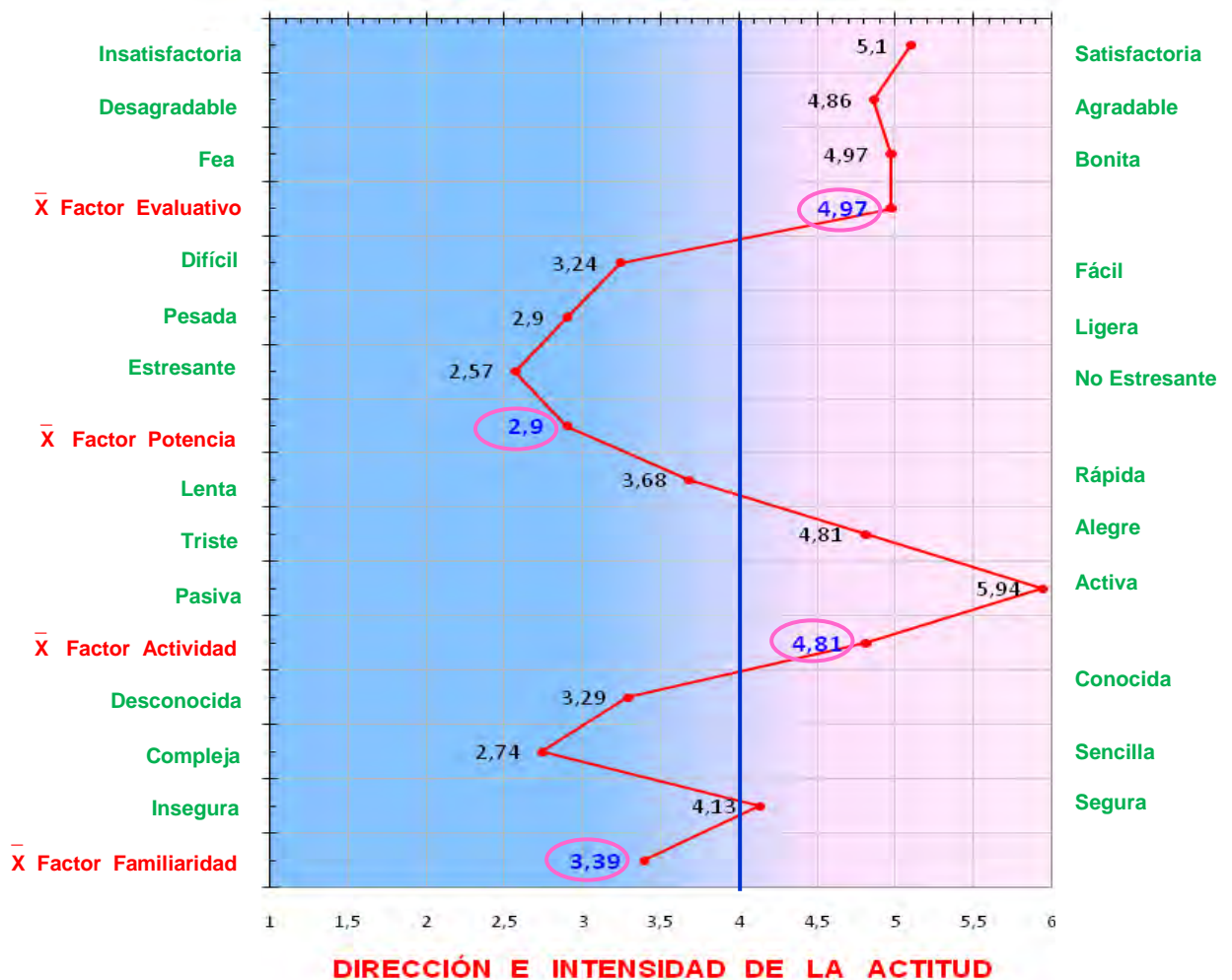
IDENTIFICACIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Actitudes de los Estudiantes del 4to año hacia el Internado.	Estado psicológico interno que constituyen formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, personas, grupos, manifestándose a través de una serie de respuestas observables	Área Comunitaria	Implicancia afectiva ,cognitiva y conductual hacia la práctica pre-profesional comunitaria según ámbito de rotación: Intramural y Extramural.	Predisposición que tiene el estudiante del 4to año a la aceptación, o al rechazo con leve , moderada o fuerte intensidad del Internado en las áreas comunitaria y hospitalaria, medida a	Dirección Aceptación Rechazo Intensidad Leve Moderado Fuerte

	<p>agrupadas en tres categorías: cognitivo, afectivo y conativo-conductual. Es resultado de la experiencia del intercambio social, del aprendizaje que se opera en el individuo, como en el caso del Internado que es un periodo donde se consolida el proceso formativo del estudiante tanto en área comunitaria y hospitalaria.</p>	<p>Área Hospitalaria</p>	<p>Implicancia afectiva ,cognitiva y conductual hacia la práctica pre-profesional hospitalaria según complejidad de servicio: Hospitalización y Emergencia.</p>	<p>través de un cuestionario aplicando la Técnica del Diferencial Semántico.</p>	
--	---	---------------------------------	---	--	--

APÉNDICE

$$\bar{X} = 4.02$$

"Se acerca el Internado, pensar en ello, me hace sentir, que es una experiencia..."



Se toma la decisión de considerar Apéndice, teniendo en cuenta que en los reactivos, uno de ellos está dirigido al Internado como un todo; es decir mide la actitud de forma global.

Por otro lado, el promedio actitudinal hacia el Internado, en el estudio, es producto de la sumatoria de los promedios obtenidos en los reactivos dirigidos al área hospitalaria y comunitaria.

Comparando ambos promedios, el obtenido por el reactivo que considera al Internado como un todo es de 4.02, puntaje que indica que la actitud hacia el Internado es de aceptación con intensidad leve.

El promedio obtenido de la actitud producto de la práctica del área hospitalaria y comunitaria es de 4.19, lo que indica actitud de aceptación leve.

Ambos promedios indican actitud de aceptación leve. Como se observa sea cuando se le presenta al Internado como un todo, o como la sumatoria de las áreas hospitalaria y comunitaria que lo constituyen. Estos resultados afirman la consistencia, la firmeza de la actitud que los estudiantes tienen hacia el Internado, dejando entrever que el estudiante se encuentra en una situación de conflicto pues lo que se esperaría es que los futuros Internos tengan sus actitudes con dirección de aceptación pero con una intensidad de moderada a fuerte, situación que no se presenta.

Se reafirma que la E.A.P. de Enfermería intervenga para contribuir al cambio actitudinal de los estudiantes fortaleciendo sus actitudes.

Al análisis del perfil por factores, se tiene que el **factor evaluativo** obtiene un promedio de 4.97 lo que indica una dirección de aceptación con intensidad leve, teniendo en

cuenta que no llega a 5 puntos para ser considerada como intensidad moderada, pero se acerca.

Los puntajes obtenidos en las escalas que conforman el factor fluctúan de 4.86 a 5.10. De las tres escalas, es la “desagradable-gradable” la que obtiene el menor puntaje, seguida por la escala “fea-bonita” y la que tiene el mayor puntaje es la de “insatisfactoria-satisfactoria”; esto permite afirmar que para los futuros Internos el Internado es una experiencia ligeramente agradable, ligeramente bonita y bastante satisfactoria.

El promedio del **factor potencia** es de 2.9 y las escalas que lo integran obtienen de 2.57 a 3.24 puntos lo que determina que éste factor tenga una dirección de rechazo con una intensidad moderada, teniéndose al Internado como una experiencia bastante estresante y bastante pesada. Asimismo, es considerada como una experiencia ligeramente difícil siendo por lo tanto de intensidad leve.

El **factor actividad** tiene un promedio de 4.81 que indica aceptación leve, situación similar ocurre con la escala “triste-alegre” con un promedio de 4.81. Mientras que la escala: “pasiva-activa” con 5.94 indica aceptación con intensidad moderada. Y ubicándose en el campo del rechazo con intensidad leve se encuentra la escala: “lenta-rápida” con 3.68 de promedio.

Estos resultados indican al Internado como una experiencia ligeramente alegre y bastante activa; por otro lado, es considerado como una experiencia ligeramente lenta; esto

último reafirma lo activo que para los estudiantes es el Internado.

Al evaluar el **factor familiaridad** éste presenta un promedio de 3.39 lo que indica una dirección de rechazo con intensidad leve.

Observando los promedios de sus escalas bipolares, el ser “desconocida -conocida” y “compleja-sencilla” tienen promedios de 3.29 y 2.74 respectivamente, lo que las coloca en el campo del rechazo, con intensidad leve la primera y moderada la segunda. La escala “insegura-segura” por su promedio de 4.13 tiene una dirección de aceptación pero con una intensidad leve.

Estos resultados indican que para los estudiantes el Internado es considerado, desde el factor familiaridad, como una experiencia ligeramente desconocida, bastante compleja y ligeramente segura.

De los cuatro factores el factor evaluativo como el de actividad obtuvieron promedios que indican aceptación con intensidad leve. Si bien la dirección es positiva, la intensidad es leve, lo que hace necesario que esta actitud sea fortalecida

Los promedios del factor de potencia como el de familiaridad indican una actitud de rechazo con intensidad moderada y leve respectivamente.

Los estudiantes en su primera impresión, evaluación consideran que el Internado es una experiencia ligeramente bonita, ligeramente agradable, bastante satisfactoria, ligeramente alegre, ligeramente segura y bastante activa, los adjetivos bipolares mencionados se ubican en el campo de la

aceptación con intensidad leve para la mayoría de los adjetivos a excepción del último adjetivo cuya intensidad es moderada.

A su vez, el Internado es considerado como una experiencia bastante estresante, bastante compleja y bastante pesada, todos ellos con una dirección de rechazo e intensidad moderada donde el mayor promedio lo obtuvo el adjetivo estresante.

Asimismo se presenta rechazo leve al considerarlo como experiencia ligeramente difícil, ligeramente desconocida y ligeramente lenta.